

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°
64

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LES

APPENDICITES AIGÜES

CHEZ L'ENFANT

PAR LE

Docteur EDOUARD GIRARDOT

Né à Avignon (Vaucluse), le 3 Septembre 1886



Président : S. POZZI, Professeur



PARIS

SOCIÉTÉ ANONYME DE PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

13, QUAI VOLTAIRE, 13

—
1913

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



THESE
SONT
LES
MISES EN SCENE

65061.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

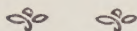
ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LES

APPENDICITES AIGUËS

CHEZ L'ENFANT

PAR LE

Docteur EDOUARD GIRARDOT

Né à Avignon (Vaucluse), le 3 Septembre 1886



Président : S. POZZI, Professeur



PARIS

SOCIÉTÉ ANONYME DE PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

13, QUAI VOLTAIRE, 13

1913



PROFESSEURS :

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER.
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	P. MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	Auguste BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
Clinique médicale	ROGER.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT
	CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (André)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ (Anselme)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZTC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON NEVEU

Charles Paul JOUVE

Mort à 10 ans 1/2 de l'appendicite

In Memoriam.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur S. POZZI

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de profonde gratitude pour
l'honneur qu'il a bien voulu nous faire
en acceptant la présidence de notre
soutenance de thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

Le Professeur POZZI, chirurgien de l'hôpital Broca.

Le Docteur PROUST, professeur agrégé.

Le Docteur SOULIGOUX, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Le Docteur GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, *in memoriam*.

Le Docteur CHAPUT, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Le Docteur SAVARIAUD, chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Le Docteur DEMÉLIN, accoucheur des hôpitaux.

Le Docteur LEGENDRE, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Le Professeur ROGER, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le Professeur DIEULAFOY, *in memoriam*.

Le Docteur GUILLEMOT, médecin des hôpitaux (Trousseau).

Le Docteur PARMENTIER, médecin de l'hôpital Tenon.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

Les Docteurs BENDER, JAYLE, MALLEIN, MESNARD, { ZAEFFEL,
CHEVALIER, DESMARET, chirurgien des hôpitaux; RIVET.

Ce furent les Américains qui eurent les premiers l'audace de battre en brèche les anciennes théories ; ils firent mieux que de les renverser ou de les remplacer.

S'évadant de la discussion pure, où l'on va trop souvent à l'aveuglette, quand on ne tourne pas indéfiniment dans un cercle vicieux, ils démontrèrent, par de multiples interventions, qui leur servaient en quelque sorte à « l'illustrer », la vérité de leurs assertions.

Mac Burney (New-York Med Journal, 21 décembre 1889) rapporta huit observations de laparatomie précoce et d'excision de l'appendice pendant la crise, avant l'apparition des symptômes de perforation. C'était donc déjà l'opération précoce à chaud et c'est lui qui « baptisa » l'appendicite. Ses compatriotes travaillaient de leur côté et de 1886 à 1892 Sands, Fitz, Bull, Smith, Lewis, Cabot, par la hardiesse de leurs opérations précoces ouvrirent une nouvelle voie dans laquelle s'engagèrent avec passion les médecins du monde entier.

En Europe la notion de l'appendicite fit peu à peu son chemin, on commença à intervenir chirurgicalement. Déjà Krafft à l'Université de Zurich soutenait en 1880 une thèse intitulée : « Essai sur la nécessité de traiter, chirurgicalement la péryphlite appendiculaire stercorale perforatrice »

Pas une question depuis qui n'ait été aussi fréquemment et aussi ardemment débattue. Depuis Talamon, qui le premier en France, dans son livre « Appendicite et périthyphlite », paru en 1892, s'appliqua à la vulgariser, de combien de travaux n'a-t-elle pas été l'objet et la cause?

Le puissant intérêt pratique qui se rattache à la connaissance de cette maladie ne pouvait laisser indifférents ceux qui sont exposés à la trouver constamment devant eux et qui doivent s'appliquer à la dépister sous ses formes les plus variées.

On reste confondu aujourd'hui devant l'activité prodigieuse de nos devanciers et de nos Maîtres qui ont su, en quelques années, dégager du chaos une pathogénie et une symptomatologie assez précises.

Grâce à leurs travaux, l'appendicite, cette inconnue d'hier, s'est laissée largement dépouiller du mystère qui l'enveloppait.

Après une apparition quelque peu tapageuse sur le champ médical, elle a en quelque sorte « brûlé l'étape » cette longue étape faite de tâtonnements, de contradictions, d'erreurs même, que doit parcourir toute maladie avant de parvenir à son plein épanouissement nosographique.

Médecins et chirurgiens animés d'une même activité fiévreuse ont accumulé les observations, précisé des faits dont aucun n'a échappé au crible de la critique et de l'expérience.

Tout le monde connaît les communications retentissantes de Dieulafoy qui ont forcé et retenu l'attention de toute une génération médicale et la retiennent encore aujourd'hui.

Et dans ce sujet de discussion toujours pendante, les magistrales publications de Roux de Lausanne, les articles de Jalaguier, les études de Brun, Quenu, Broca, Hartmann, Reclus, Savariaud, les monographies de Legueu Monod, Vanverts, ont contribué dans une très large mesure à éclairer certains côtés obscurs de la question.

Mais si la pathogénie, l'étiologie de l'appendicite ne sont plus guère discutées, si les points essentiels de l'anatomie pathologique se sont peu à peu dégagés, si la symptomatologie dans ses grandes lignes ne soulève plus d'objections, l'accord est loin d'être fait sur le côté pratique de la question, sur le traitement lui-même.

On en cherche toujours la formule. Faut-il, ne faut-il pas intervenir? Quand? et Comment?

Sur ce point, non seulement médecins et chirurgiens divergent, mais encore les chirurgiens ne sont pas d'accord entre eux.

Les médecins, appelés en premier lieu qui assistent pour ainsi dire aux débuts de la crise d'appendicite, conseillent souvent l'expectative.

Les chirurgiens au contraire, que l'on n'appelle à la rescousse qu'à une phase plus avancée et souvent trop tardive, regrettent de n'être pas intervenus plus tôt.

Peu de questions, dit Walther, ont été plus étudiées, plus passionnément discutées que le traitement chirurgical de la crise aiguë d'appendicite.

La difficulté de poser le diagnostic au début de l'attaque, l'obscurité du pronostic, l'urgence de l'intervention dans certains cas, la crainte d'aggraver les accidents par une intervention inopportune ont fait de l'indication opératoire à chaud un des problèmes les plus poignants de la chirurgie d'urgence.

Cette angoisse médicale nous l'avons ressentie, ce problème poignant dont la solution est peut-être question de vie ou de mort s'est posé à nous dans ses données les plus affreuses et les plus douloureuses; que l'on nous permette de citer ici un cas personnel, puisqu'aussi bien c'est en y pensant très souvent que nous avons par la suite étudié plus particulièrement la question et qu'il est, en quelque sorte, la raison d'être de notre thèse.

Notre petit neveu Charles J... âgé de 10 ans $1\frac{1}{2}$ reçoit le dimanche, en jouant au ballon, un coup de pied dans le ventre. Peut-être ce traumatisme a-t-il agi sur un terrain préparé pour créer une condition de moindre résistance; l'enfant avait eu, en effet, depuis l'âge de deux ans de nombreuses crises d'entérite.

Quoiqu'il en soit, il est pris le lendemain soir à 6 heures d'une douleur dans la fosse iliaque droite et de vomisse-

ments alimentaires. Nous le voyons le mardi matin et nous posons le diagnostic d'appendicite, l'enfant est mis aussitôt au traitement classique et nous conseillons de faire venir le médecin de la famille, le Dr C..., de Vincennes.

Il confirme notre diagnostic et notre traitement. L'enfant a une T. à 38°, son pouls est bon ; il n'est pas trop abattu et passe assez bien la journée de mardi à mercredi.

Le médecin déclare l'appendicite banale, encourage la maman vite disposée à s'alarmer et fait prendre à l'enfant quelques cuillerées de bouillon de légumes. Le jeudi, l'enfant a le faciès plombé, les yeux cernés, le ventre plat sans contracture, la T. à 37°8, le pouls à 125, il n'est pas trop abattu et parle, questionne, répond, s'intéressant à ce qui se passe autour de lui.

Effrayé un peu de cette dissociation du pouls et de la température, ainsi que de l'aspect de l'enfant, nous voyons le médecin ; il examine l'enfant avec nous et se refuse à l'intervention, question que nous avions soulevée.

Non convaincu, dans l'appréhension instinctive d'un événement que nous redoutions, nous restons auprès du petit malade. Vers les 2 heures du matin il a un vomissement noir qui se renouvelle à deux reprises.

Aux premières heures du jour nous sommes chez notre Maître regretté Guinard, il vient aussitôt, examine l'enfant, hoche la tête tristement : trop tard !

On tente malgré tout l'intervention. L'abdomen est rempli d'un bouillon sale sans grumeaux, d'une odeur infecte ; l'appendice est perforé et l'on y trouve étranglé dans sa lumière une parcelle de bol fécal. L'enfant est mort deux heures après.

Ce « trop tard » qui retentit si douloureusement en nous médecins, quand il s'agit d'une existence à sauvegarder, plus douloureusement encore quand il s'agit d'une très chère affection, nous l'avons depuis entendu bien souvent.

Et tout naturellement nous en étions venus, à nous dire : qui sait? Si l'opération avait été plus précoce?

Cette réponse, que nous avons cherché longtemps, nous l'avons trouvée dans le service de M. Savariaud, à l'hôpital Trousseau.

Il fut vraiment pour nous « le Maître » celui qui, avec son expérience, et son clair bon sens, fait lever dans votre esprit la bonne moisson d'idées. Nous avons à cœur de le remercier encore une fois ici.

En interprétant les résultats obtenus tant dans son service, que dans les autres services d'enfants, en rappelant les différentes statistiques qui nous paraissent les plus impartiales, il nous sera facile de donner les raisons qui ont profondément ancré en nous la conviction profonde qu'une crise appendiculaire est toujours justiciable de l'intervention chirurgicale, à condition d'être diagnostiquée à son début.

Cette intervention, nous ne l'envisageons que chez l'enfant et dès le début de la crise appendiculaire, environ dans les quarante-huit, trente-six et même vingt-quatre premières heures. Nous laisserons de côté toutes les appendicites chroniques pour ne nous en tenir qu'à l'appendicite aiguë.

Mais il est tout d'abord un élément important du problème qu'il faut éliminer : c'est le diagnostic, et notre premier devoir sera de montrer qu'un diagnostic ferme, précis, peut se faire dans la grande majorité des cas.

Nous étudierons donc, tout d'abord, les différents symptômes qui nous permettront d'arriver à poser ce diagnostic positif, et de discuter ensuite le diagnostic différentiel; nous passerons ensuite en revue les différents modes de traitements que l'on a préconisés jusqu'à ce jour et nous essaierons enfin, plus particulièrement, de mettre en relief les avantages et les conditions d'une intervention précoce.

ÉTIOLOGIE

On trouve l'appendicite à tous les âges, mais elle est surtout d'une fréquence extrême chez les enfants, et si ce n'est point, à proprement parler, une maladie infantile, du moins tous les auteurs s'accordent à la décrire comme une maladie du jeune âge. Rare dans la première enfance, dit Comby, elle est commune dans la seconde, se voit encore à l'âge adulte, devient exceptionnelle dans la vieillesse.

C'est à partir de dix ans et surtout chez les garçons que l'on trouve le maximum de fréquence : Les différentes statistiques publiées jusqu'à présent donnent en effet :

1 à 5 ans		20 cas
5 à 10 —		78 —
10 à 15 —		88 —

On a bien cité des cas plus précoces, entre autres, celui de Feuger cité par Talamon où il s'agissait d'un enfant de 7 semaines, celui de Silbermann chez un enfant encore à la mamelle, celui de Betz rapporté par Balzer où l'enfant ne dépassait pas 7 mois.

MM. Guimbellot et Kirmisson ont pu réunir dans la bibliographie 26 cas probants d'appendicite chez le nourrisson 9 dans la première année, 17 dans la seconde année.

Ce sont là des cas exceptionnels, mais cette rareté n'est peut-être qu'apparente, car il faut bien savoir que le diagnostic d'appendicite est difficile dans le bas âge : n'y a-t-il pas de nombreux cas à allures bénignes, terminées par guérison, qui ont été étiquetés entérites : n'y a-t-il pas encore des cas qui se sont terminés par la mort sans qu'on ait songé à faire le diagnostic d'appendicite ?

On sait que l'appendicite frappe surtout le sexe masculin.

La prédominance de l'appendicite chez les garçons existe bien réellement quoique dans une proportion plus faible et avec une différence moins tranchée que chez l'adulte. Matterstock comptait vingt et une filles et cinquante et un garçons; Jacob huit filles, vingt et un garçons; Mlle Gordon vingt et une filles, cinquante-huit garçons; Brun dix neuf filles, vingt-six garçons; Jalaguier soixante-dix filles, cent douze garçons.

C'est là un fait curieux à constater, mais on n'a pu expliquer encore cette sorte de prédilection.

Des causes variées et multipliées peuvent produire l'appendicite : sans parler de l'influence de la race, de l'hérédité familiale, d'une disposition anatomique de l'appendice le prédisposant à l'infection, on a fait intervenir tour à tour ou simultanément les fatigues, les écarts de régime les exercices violents, la constipation habituelle, le refroidissement, l'helminthiase, les corps étrangers de l'appendice. Nous ne pouvons nous attarder à l'étude d'une étiologie aussi complexe, mais, parmi les différentes causes occasionnelles d'appendicite il en est cependant trois que nous citerons plus particulièrement; rarement elles ont fait défaut dans les antécédents des cas que nous avons pu observer. Ce sont : les maladies générales, les maladies antérieures du tube digestif, les traumatismes.

Jalaguier a déjà insisté sur ces appendicites survenant à la suite d'une infection générale telle que la rougeole, les oreillons, la varicelle, la grippe. Guinard appelle de son côté l'attention sur la fièvre typhoïde, plusieurs fois le séro diagnostic lui a permis de rattacher une crise appendiculaire à un typhus-levissimus.

Les affections antérieures du tube digestif et tout particulièrement les entérites muco-membraneuses par l'irritation continuelle de l'intestin qu'elles occasionnent, par

la flore microbienne qu'elles entretiennent, sont une cause fréquente d'appendicite ; d'ailleurs l'appendice lui-même par sa richesse en follicules clos fait en quelque sorte appel à l'infection. De nombreux cas survenus au cours d'une crise d'entérite ont été rapportés par Walter, Broca, Reclus, Jalaguier.

Le traumatisme enfin, est une cause occasionnelle des plus importantes sur laquelle nombre d'observations attirent l'attention. Dans celle que nous avons citée le traumatisme semble avoir été très nettement le point de départ de la crise ; il a très probablement rendu plus violentes et plus désastreuses, les lésions qu'avaient préparées les concrétions fécales et la prolifération des microbes. Le plus souvent, c'est un coup de pied reçu d'un autre enfant dans la région de l'abdomen qui fait éclater les symptômes de l'appendicite, si toutefois elle ne les détermine pas, mais quelquefois la violence n'entre même pas en jeu, il suffit d'une fatigue musculaire trop grande pour l'enfant, le port d'un fardeau par exemple. On connaît l'exemple de cette fillette qui portait un panier de linge trop lourd pour elle et qui, au moment où elle le posait à terre, ressentit une douleur atroce dans le ventre et présenta bientôt tous les symptômes de l'appendicite. (Fabre).

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE

L'appendicite est une maladie à surprises.

Son début tantôt insidieux, tantôt d'une violence extrême, son évolution capricieuse déroutent bien souvent le médecin ; même en pleine crise, il lui est parfois difficile de faire la part de ce qui revient à l'appendice.

Ce n'est pas manque de symptômes ; bien au contraire, ils abondent ! mais la question devient embarrassante quand il s'agit de les rattacher à leur cause première. Le plus souvent les parents appellent le médecin auprès du petit malade trop tard pour qu'il puisse lui-même recueillir les premiers symptômes de la maladie. Leur constatation est pourtant d'une importance capitale au point de vue diagnostic d'appendicite. Quelques heures et parfois un, deux ou plusieurs jours se sont écoulés depuis le début de la crise ; son allure clinique peut déjà être modifiée. Grandes seront alors les difficultés, et les symptômes que le médecin pourra relever dans son examen ne serviront trop souvent qu'à l'aiguiller dans une mauvaise voie.

Il est vraiment curieux en effet de constater que l'appendicite « n'a pas de symptômes ».

Cette boutade est un peu excessive car nous devons lui en reconnaître au moins un ; la douleur. Il n'en est pas moins vrai que tous les autres symptômes ne lui appartiennent pas en propre ; ils n'ont aucun caractère « spécifique » et ne relèvent que d'une réaction de voisinage, d'une réaction péritonéale. « Ainsi, dit Gaillard, nous interrogeons l'appendice et c'est le péritoine qui nous répond ».

La marche, les symptômes, le pronostic de la maladie seront ceux d'une péritonite que nous verrons alors évoluer sous nos yeux avec son allure classique, ses formes cliniques bien connues.

Depuis le simple péritonisme jusqu'à la péritonite purulente ou septique, il y a place pour bien des intermédiaires, et ces échelons de plus ou moins grande gravité, la maladie peut tour à tour les parcourir ou les franchir.

Plus on étudie l'appendicite, plus on se rend compte que chez l'enfant surtout, il y a autant de formes, que de malades. Chacun réagit à sa manière et suivant ses forces.

On comprend bien qu'il n'y a pas entre ces formes cliniques différentes de frontières nettement tranchées, elles se fondent insensiblement, peuvent passer de l'une à l'autre. Pour la commodité de la description, il a fallu cependant les ramener dans le cadre étroit d'une classification. Et à côté de la simple colique appendiculaire, il est d'usage de décrire l'appendicite plastique, l'appendicite avec péritonite localisée, l'appendicite avec péritonite purulente généralisée, l'appendicite hyper-toxique avec péritonite septique diffuse. Chacune de ces formes correspond d'ailleurs à des lésions anatomiques bien définies et des caractères particuliers tranchent nettement leur évolution.

Le début de la crise d'appendicite est caractérisé par un symptôme capital, constant : la *douleur*. C'est une douleur vive, d'une intensité graduellement croissante : elle apparaît brusquement dans la fosse iliaque droite et la première en date, appelle l'attention.

Elle modifie l'attitude de l'enfant qui devient caractéristique : quand il peut marcher, on le voit s'avancer, le corps plié en deux, le tronc incurvé à droite, le bassin fléchi sur la cuisse. Quand l'enfant est au lit, il garde de lui-même le décubitus dorsal, la cuisse droite à demi-fléchie pour détendre la paroi abdominale.

Nous n'avons pas à rappeler ce qu'est le point de Mac Burney, ni les discussions qu'il a soulevées pour savoir s'il correspondait au point précis, malade, de l'appendice ou au point d'emplacement sur le cœcum — ni les explications plus ou moins exactes qu'on a pu donner pour expliquer la douleur en ce même point alors que l'appendice est anormalement placé ou plus haut ou plus bas.

Il ne faut d'ailleurs pas lui attribuer toute l'importance pathognomonique, qu'on lui reconnaît d'ordinaire.

Par une palpation, une pression méthodique il faut arriver à provoquer, à exalter cette douleur dans la zone appendiculaire ou dans ses parages.

Mais chez l'enfant plus que chez l'adulte quand on soupçonne l'appendicite, des précautions sont à prendre dans l'exploration de l'abdomen. L'enfant souffre et il a peur, deux bonnes raisons pour qu'il rende par ses cris et son agitation cette palpation très difficile. Il faut avoir soin de garder la main posée à plat sur le ventre et d'attendre ainsi l'expiration du cri pour déprimer sans violence la paroi en divers points. Il sera bon d'ailleurs de commencer l'exploration du côté gauche : on mettra ainsi l'enfant en confiance et on se rendra mieux compte ensuite par comparaison de l'état de la fosse iliaque droite.

Dieulafoy attribue en outre une grande importance à l'*hyperesthésie* de la région cutanée correspondant à la zone appendiculaire.

Cette douleur vive réveille d'habitude le petit malade au milieu de la nuit, quelques heures après le repas du soir. Elle s'accompagne de *vomissements* ; ils sont d'abord alimentaires et font trop souvent penser à une simple indigestion que l'on traite par le mépris ou par une médication anodine, quand elle n'est pas dangereuse. L'importance de ces vomissements que l'on rencontre généralement dans toutes les appendicites, qu'elles soient graves ou bénignes

est très grande. Il est utile au médecin de pouvoir les constater au début de la maladie. Ils se répètent d'ailleurs à plusieurs reprises, surviennent sans aucun effort, mais leur caractère ne tarde pas à changer et bientôt le petit malade rejette un liquide teinté de bile ou même franchement bilieux qui indique la réaction péritonéale.

L'intestin atone, paralysé, ne parvient plus à chasser, par ses contractions, les matières stercorales et les gaz : leur rétention donne lieu à du ballonnement, à du météorisme. Mais, si la constipation est de règle, l'appendicite peut être défigurée, masquée dès son début par une diarrhée profuse et abondante que l'on a considérée comme une diarrhée de défense. Il faut y penser malgré la rareté du cas, car on est trop souvent tenté de les confondre avec une entérite ou une entéro-colite.

Prendre la température, prendre le pouls sont deux gestes que le médecin se garderait bien d'oublier, car ils lui donnent d'habitude, des renseignements précieux. Le thermomètre ne lui sera pas ici d'un grand secours, on ne peut guère se fier à la *température* qu'il indique ; elle est en général plus élevée que la normale : mais c'est un signe infidèle et trompeur ; un degré de plus ou de moins n'a pas grande importance au point de vue pronostic ; l'évolution de la maladie a parfois cruellement démenti les belles espérances que l'on avait fondées sur une courbe thermique peu accentuée. L'opération ou l'autopsie ont de leur côté démontré combien peu souvent elles correspondaient à un type de lésions bien déterminées.

Comme nous le verrons plus tard, la plus ou moins grande rapidité du *pouls* fournit au médecin des renseignements précieux au point de vue pronostic. Il est ici un peu accéléré, mais en général bien frappé, et n'inspire aucune inquiétude.

Le ténésme rectal et vésical, la céphalalgie, l'insomnie

et l'épitaxis, sont des phénomènes que l'on rencontre parfois au début de la maladie comme au début de bien d'autres affections ou infections. Inconstants et fugaces, ils n'ont pour nous aucune valeur pratique.

Les symptômes moyens que nous venons d'énumérer, sont ceux que l'on rencontre dans la colique appendiculaire, nous n'y insisterons pas davantage ; notons seulement leur peu d'intensité et leur rapide régression. Il nous suffit d'ajouter que la fin de la colique est ordinairement annoncée par une abondante émission de gaz.

Au bout de deux ou trois jours, il ne reste plus dans le flanc droit, qu'un peu d'endolorissement qui ne tarde pas d'ailleurs à disparaître.

FORME PLASTIQUE

Dans d'autres cas, la crise d'appendicite est plus grave; même début, mêmes symptômes, mais se déroulant déjà avec une plus grande intensité.

La douleur persiste plus longtemps, l'abdomen est plus tendu, plus ballonné, la langue saburrale, l'haleine mauvaise l'anorexie complète, les vomissements sont plus fréquents tout en gardant leur caractère et ne deviennent pas fécaloïdes. Une température peu élevée à 38° 5 ou 39 marche de pair avec un pouls frappé à 100, 110 pulsations.

Deux ou trois jours après le début, on sent très nettement à la palpation de l'abdomen, une tuméfaction, un empâtement manifeste ; ses contours ne sont pas assez accusés pour qu'on puisse le délimiter. La percussion ne révèle que de la matité ; des gaz peuvent se développer et la rendre sonore. Quand on regarde l'abdomen à jour frisant, il n'est pas rare de remarquer une voussûre au centre même du gâteau.

On a vu parfois cette tuméfaction se transformer en une masse volumineuse remplissant tout le flanc droit ; elle peut même déborder la crête iliaque, plonger dans le petit bassin. Le toucher rectal permet alors de sentir une induration bombée et rénitente dont la forme globuleuse est souvent irrégulière.

Cet empâtement est formé, à n'en pas douter, par l'infiltration du tissu cellulaire dont la trame réunit étroitement l'appendice et le cœcum, les dernières anses de l'intestin grêle et l'épiploon.

Il est également certain que du pus se forme, en plus ou moins grande abondance, mais il est situé trop profondé-

ment pour donner lieu à une fluctuation nette. On peut l'affirmer, sans la percevoir. Roux a bien signalé un changement de consistance du plastron dont la palpation dans ce cas-là donnerait une sensation de résistance comparable à celle du carton mouillé ; mais c'est là un signe qui n'est pas toujours des plus nets. Sa recherche peut donner lieu à une douleur plus vive qui empêche parfois tout examen ; il faut savoir s'en passer.

Cette forme peut évoluer d'elle-même vers la guérison ; quinze, vingt jours après le début de la crise, tout rentre dans l'ordre. Les mouvements du petit malade dans son lit se font plus facilement, sont moins douloureux. L'examen de l'abdomen réveille quelque temps encore une légère douleur qui disparaît graduellement.

Mais les fonctions digestives se rétablissent, la langue se dépouille, les matières fécales et les gaz sont expulsés, l'appétit revient. La tuméfaction elle-même se résorbe plus ou moins rapidement, mais pendant quelques mois la palpation révélera dans la fosse iliaque droite une certaine résistance, une petite induration ; c'est là parfois, tout ce qui reste de cette infiltration massive que nous avons décrite.

Malheureusement, l'évolution peut se faire de façon toute différente ; du pus se forme, s'enkyste, donnant lieu à une péritonite localisée ; il peut aussi rompre les frêles adhérences qui l'emprisonnent, fuser dans la cavité péritonéale, donner lieu alors à une péritonite purulente généralisée rapidement mortelle, complication redoutable à laquelle il faut toujours penser chez l'enfant.

APPENDICITE AVEC PÉRITONITE LOCALISÉE

Tout comme la forme précédente dont elle représente le type aggravé, l'appendicite avec péritonite localisée n'a rien, au début, qui puisse la distinguer plus particulièrement.

Pendant plusieurs jours, c'est la crise banale évoluant simplement sans éveiller d'inquiétudes. Elle peut même, à un certain moment, présenter une rémission que l'on s'empresse de considérer comme une amélioration ; c'est tout juste si l'on n'est pas tenté de la prendre pour l'entrée en convalescence. Puis, brusquement, sans qu'on en sache trop ni le pourquoi, ni le comment, une aggravation se produit.

Les symptômes du début, loin de s'amender, s'affirment davantage. L'enfant se plaint de douleurs plus vives ; des vomissements répétés le fatiguent, la fièvre s'élève ou s'allume de nouveau, elle permet alors de noter une particularité intéressante caractérisée par les grandes oscillations de la courbe thermique qui traduisent la suppuration. Le pouls est rapide, parfois dépressible, filant et misérable. Le petit malade est agité de frissons répétés, les yeux sont cernés, les conjonctives souvent ictériques. L'enfant maigrit rapidement, le teint prend une couleur terreuse, la langue reste saburrale, mais devient sèche et se fendille ; le ventre est toujours ballonné mais la constipation peut alterner avec une diarrhée fétide.

Les veines dilatées couvrent d'un fin réseau la paroi abdominale où le doigt peut imprimer quelquefois un godet d'œdème. La voussûre du plastron est plus accusée,

l'abcès est plus ou moins rénitent, mais dans bien des cas la fluctuation est assez nette ; il est facile de s'en rendre compte. On peut d'ailleurs combiner le toucher rectal et le palper abdominal ; la main en déprimant la paroi chassera le liquide vers le doigt introduit dans le rectum et nous aurons ainsi une sensation nette de flot.

Certains auteurs ont décrit la peau rouge et amincie. Ces caractères ne doivent apparaître que dans des cas très anciens, nous ne les avons jamais observés. L'abcès collecté peut d'ailleurs se frayer un chemin à travers la paroi abdominale ; c'est là une heureuse terminaison qu'il n'est guère permis d'envisager, car elle reste malheureusement exceptionnelle. Bien plus souvent, le pus se fait jour dans le cœcum, dans l'intestin grêle, dans le rectum, dans la vessie ou dans le vagin. C'est une éventualité des plus fâcheuses, car les cas exceptionnels où la guérison a pu se produire, quand même, ne peuvent guère entrer en ligne de compte. En réalité, l'enfant reste livré à toutes les complications de l'infection générale ou de la suppuration viscérale et sa fin misérable peut être encore hâtée par une péritonite généralisée qui se développe brutalement et se dénoue rapidement.

APPENDICITE AVEC PÉRITONITE PURULENTE GÉNÉRALISÉE OU AVEC PÉRITONITE SEPTIQUE DIFFUSE.

Il est difficile de décrire les formes cliniques de l'appendicite autrement que nous ne l'avons fait, c'est-à-dire en allant des formes simples, d'allure bénigne, aux formes plus compliquées d'une haute gravité, dont l'évolution est fréquemment mortelle. Mais cette gradation dans l'allure clinique et les symptômes relevés ne va pas sans danger, car on est trop souvent tenté de considérer, comme des étapes obligatoires, ces différentes formes de la maladie.

Il n'en est rien, et bien fou serait celui qui s'imaginerait voir se dérouler sous ses yeux tous les symptômes de gravité dans un ordre bien défini, immuable.

Il est évidemment des cas où une péritonite localisée brise les adhérences qui l'enkystent, déverse un flot de pus dans la cavité péritonéale, se généralise, créant ainsi une péritonite purulente généralisée secondaire.

Chez l'enfant, que nous avons le plus spécialement en vue, il en est autrement ; le plus souvent, les symptômes locaux de l'appendicite restent atténués, masqués, noyés au milieu des signes de l'infection générale. Toute la séreuse péritonéale participe à l'inflammation, les adhérences n'ont pas eu le temps de se faire, la cavité péritonéale est inondée et cette péritonite généralisée qui éclate d'emblée, d'origine appendiculaire, c'est entendu, ne va pas revêtir pour cela une allure particulière. Son évolution ne fera que réaliser l'ensemble des symptômes que présente toute péritonite aiguë généralisée de quelque nature qu'elle soit. Et le médecin appelé alors que cette péri-

tonite est déjà installée et a déjà évolué, sera parfois fort embarrassé pour la rattacher à sa cause primordiale, c'est-à-dire l'inflammation appendiculaire.

Le début de cette péritonite appendiculaire est essentiellement multiple et complexe.

Tantôt, il est brusque, solennel, se traduisant par des douleurs d'une violence inouïe qui présentent d'emblée leur maximum dans la fosse iliaque droite.

Tantôt, le début se fait « sans orage » : insidieux et trompeur, il passe inaperçu ou il est mal interprété. Il n'est pas rare, en effet, que la péritonite, même la plus redoutable, prenne chez l'enfant les allures d'une simple indigestion. L'enfant réveillé par quelques coliques, pleure, appelle ses parents ; un ou deux vomissements alimentaires paraissent le soulager ; on ne s'en effraie pas outre mesure et l'on pense plutôt à une alimentation trop copieuse. Cependant, dès ce moment, un vomissement poracé celui-là, peut survenir. Calmé, l'enfant se rendort, le lendemain ses yeux, un peu battus, sa mauvaise mine, frappent l'entourage, inquiète la famille. Le médecin appelé trouve l'enfant très affaîssé, le pouls est accéléré, très dépressible, mais la température ne dépasse la normale que de quelques dixièmes, l'enfant ne se plaint pas, et la palpation la plus minutieuse ne révèle dans la fosse iliaque qu'une douleur très légère.

Dans d'autres cas, c'est un enfant chez lequel on a fait le diagnostic d'appendicite, le traitement classique a été institué et semble avoir donné un très bon résultat. La maladie paraît évoluer d'une façon parfaite, puis, sous l'influence d'une erreur d'alimentation, de quelques gorgées de bouillon, d'un réveil du péristaltisme intestinal, d'une suspension momentanée de la glace, mais parfois aussi sans aucune cause apparente, une aggravation se produit, la péritonite se déclare.

Le médecin confiant, qui, la veille au soir, ou le matin même, avait laissé l'enfant dans un bon état général de défense, le trouve quelques heures après avec un faciès très altéré, terreux, parfois plombé, les yeux excavés, le nez pincé, les lèvres cyanosées, le pouls très dépressible, parfois incomptable. L'intoxication suraiguë, dans sa marche rapide, a déjà fait son œuvre ; sa victoire facile a mis en déroute tous les moyens de défense que l'organisme peut mettre en action contre l'infection.

Ce début différent dans ses modalités éveille bien l'idée de deux formes cliniques évoluant, non seulement chacune d'une manière différente, mais présentant encore des lésions anatomiques bien tranchées.

Dans l'une, le péritoine réagit, l'organisme se défend, une phagocytose intense se produit, du pus se forme et nous aurons alors, tous les symptômes liés à cette réaction énergétique. C'est la péritonite purulente généralisée, qui ne donne que peu à peu les signes de l'infection générale.

Dans l'autre, on ne peut ni se guider, ni se fier sur ces grands symptômes habituels qui frappent l'esprit et commandent le diagnostic. Tout, au contraire, tend à vous bercer d'une sécurité trompeuse. Il n'y a presque pas de retentissement péritonéal, et en tous cas s'il existe, ses symptômes de réaction sont tellement atténués qu'il est parfois très difficile, sinon impossible de les dépister.

C'est une forme bien spéciale de péritonite ; nous l'appellerons la péritonite sceptique diffuse ou péritonite putride.

Ces deux formes aboutissent l'une et l'autre au terme fatal : mais elles ont pour y parvenir une durée différente, la première évoluant en 2, 4, 6 et 8 jours, la mort survenant dans la seconde en moins de 24 ou 48 heures.

Cette appendicite hypertoxique accompagnée de septicémie péritonéale est de toutes les formes graves celle

qui comporte le pronostic le plus sombre; c'est aussi, malheureusement chez l'enfant, l'une des plus fréquentes, l'une de celles contre lesquelles la thérapeutique lutte désespérément pour mieux démontrer ensuite son impuissance.

Dans la *périlonile purulente généralisée*, la violence, la brusquerie du début, ne peuvent manquer d'éveiller l'attention du médecin où des parents.

Le petit malade est secoué d'un frisson plus ou moins intense; des douleurs vives aiguës, lancinantes, d'abord localisées à droite se généralisant bien vite dans tout l'abdomen. Cette douleur intolérable arrache des cris à l'enfant; le regard anxieux, il reste immobile dans le décubitus dorsal, les genoux fléchis, la respiration courte et superficielle, immobilisant son diaphragme; le moindre attouchement, le moindre frôlement accentuent horriblement les douleurs spontanées déjà si violentes.

A la douleur, s'ajoutent des vomissements qui font rarement défaut même comme manifestation initiale. Alimentaires ou muqueux tout au début, ils deviennent plus fréquents et sont bilieux, verdâtres, porracés, parfois fécaloïdes.

Dans leur intervalle le hoquet tenace, pénible, fatigue l'enfant et occasionne des secousses qui sont, en même temps qu'une cause nouvelle de souffrances, une cause de vomissements.

L'intestin complètement atone, se laisse distendre par l'accumulation des matières ou des gaz: cette constipation opiniâtre et le météorisme qui l'accompagne ont fait croire bien souvent à une occlusion intestinale. On a cependant, comme dans les formes précédentes, signalé des accidents diarrhéiques: leur fréquence est peut-être plus grande.

La langue est sèche, noirâtre; l'haleine fétide. L'enfant

se plaint d'une soif ardente et réclame à corps et à cris les quelques cuillerées d'eau ou de bouillon qu'on lui dispense si parcimonieusement.

La peau brûlante donne à la main une impression désagréable de sécheresse, la température fait des bonds désordonnés oscillant d'ordinaire autour de 39° 40°, le pouls, plus fréquent, devient rapidement petit, filiforme, incomptable ; les vives douleurs éprouvées par l'enfant, rendent l'examen très difficile. La percussion qui nous montre de la sonorité, la palpation qui va réveiller la douleur dans tout l'abdomen, devront être pratiquées avec beaucoup de prudence et beaucoup d'humanité. Le toucher rectal est un excellent moyen d'investigation ; le liquide a gagné les parties déclives du péritoine et distend les culs-de-sac péritonéaux que l'on sent très nettement sous le doigt bombés et rénitents.

Les urines sont rares, troubles, souvent albumineuses, d'une extrême toxicité. Elles sont émises difficilement à plusieurs reprises par quelques centimètres cubes à la fois ; la rétention est fréquente ; on est souvent obligé de sonder l'enfant.

Bientôt le petit malade est inondé d'une sueur froide, les extrémités se refroidissent, se cyanosent, le faciès très altéré, n'a cependant pas le teint plombé de la forme septicémique ; la mort survient habituellement le quatrième ou le cinquième jour, en plein coma, que précèdent parfois une agitation extrême ou des convulsions.

Il est intéressant de rapprocher de la péritonite purulente généralisée, une autre forme de péritonite : *la péritonite purulente à foyers multiples*.

Des cloisons plus ou moins complètes, des adhérences plus ou moins solides isolent parfois des clapiers purulents disséminés, ou côte à côte. Cette forme est très rare, sa

symptomatologie très obscure, mais elle est surtout intéressante à connaître au point de vue intervention.

Il est très difficile d'en faire le diagnostic et à l'opération elle peut en imposer pour une péritonite localisée. Le chirurgien qui ne la soupçonne pas incise un abcès, croit avoir fait œuvre utile et suffisante, referme l'abdomen, sans se douter que d'autres abcès coexistants vont évoluer, pour leur propre compte et amener la mort tout comme si rien n'avait été fait.

Nous avons vu tout l'intérêt pratique que nous pouvions tirer du début de la péritonite purulente généralisée, car sa violence, son allure solennelle, ne lui permettent pas de passer inaperçue. Elles attirent l'attention du médecin, lui forcent la main et, au besoin, lui donnent toute autorité pour agir au plus vite, c'est-à-dire au mieux de l'intérêt du petit malade.

Dans la forme la plus grave, dans la forme mortelle par excellence, c'est-à-dire dans la *péritonite septique diffuse*, ce n'est certes pas le début qui peut tirer les parents de leur torpeur, éveiller les craintes du praticien.

L'enfant lui-même ne se plaint pas ; il repose tranquillement, répondant aux questions qu'on lui pose ; son esprit lucide s'intéresse à tout ce qui se passe autour de lui. Nous nous rappelons l'intérêt prodigieux que prenait notre petit neveu à tout ce qui se disait, à tout ce qui était fait. L'enfant avait gardé l'intégrité complète de son intelligence ; moins d'une heure avant sa mort, intrigué par les préparatifs d'une injection de sérum, il posait questions sur questions ; à quoi pouvait bien servir l'eau qu'on lui injectait ? Pourquoi fallait-il casser les deux extrémités de l'ampoule ? Et si la bosse que cela formait sous la peau s'en irait toute seule ?

Quelques coliques au début, un ou deux vomissements

est-ce là vraiment toute la maladie? Sur quel signe le médecin va-t-il aiguiller son diagnostic, étayer sa décision?

Ce ne sont certes pas les symptômes péritonéaux qui peuvent lui venir en aide, ils sont réduits au minimum.

On peut palper le ventre, déprimer la paroi en tous ses points, l'enfant se prêtera volontiers à cet examen; nous ne retrouverons plus en lui le geste instinctif qui lui fait repousser votre main, nous n'entendrons plus les cris que donnait l'appréhension de la douleur, réveillée ou exacerbée par l'examen.

Tout au plus une légère grimace, un léger rictus de la lèvre, nous renseignerons dans la palpation minutieuse et profonde de la fosse iliaque droite, sur l'existence d'une douleur dont la minime intensité a besoin d'être provoquée pour se manifester.

Aucune matité à la percussion, en tous cas trop tardive pour quelle puisse nous servir.

Le toucher rectal ne donne ici que des renseignements de peu de valeur; on ne sent plus comme dans la forme précédente les culs-de-sacs péritonéaux distendus par le liquide accumulé dans les parties déclives.

Il y a de plus un symptôme paradoxal, bien fait pour jeter le trouble dans l'esprit du médecin. Nous avons vu jusqu'ici que la constipation était de règle; dans la péritonite septique au contraire, l'enfant a dans la journée plusieurs selles diarrhéiques d'une très grande fétidité.

La respiration est un peu accélérée, mais d'une régularité parfaite et conserve le type normal.

L'anorexie n'est pas absolue, la langue est blanche, humide dans toute son étendue, c'est à peine si l'on voit sur les bords et à la pointe un petit liseré rouge qui semble la border.

Quelle conclusion allons-nous tirer de symptômes aussi

peu inquiétants, aussi inconsistants? Il semblerait tout naturel d'espérer, d'attendre patiemment des modifications qui ne peuvent manquer d'être heureuses. Ce serait pure folie, une dangereuse illusion que de baser sur ces symptômes un diagnostic de moindre gravité, un pronostic optimiste. En réalité l'enfant est perdu, ses heures sont comptées, seule une intervention précoce peut encore le sauver. Et les raisons de cette opération hâtive, indispensable, dont le médecin a besoin pour se convaincre lui-même, ou pour convaincre les parents trop disposés à s'engourdir dans le doute, il les trouvera dans l'analyse minutieuse, dans l'interprétation juste des symptômes généraux. Nous devons leur reconnaître ici une importance primordiale.

Nous avons insisté à différentes reprises sur le *faciès* de l'enfant qui traduit admirablement la marche de l'infection ou de l'intoxication.

Nous y insisterons plus que jamais ici. Il est difficile de l'oublier quand on l'a vu une fois. Le teint plombé, les joues amincies comme fondues, les yeux excavés, les narines pincées, les conjonctives jaunes, les lèvres colorées d'un bleu violacé frappent à première vue tous ceux qui approchent du petit malade.

Un autre symptôme du plus fâcheux augure est la *dissociation du pouls et de la température*. Alors que la température rectale dépasse rarement 37° ou 37°5, le pouls est excessivement rapide, filant, petit, misérable ; il bat à 150, 160 pulsations, il devient bientôt incomptable.

Plus encore, si c'est possible, que dans la forme purulente, l'enfant est tenaillé par une ardente envie de boire ; il urine difficilement ; vers la fin l'anurie est absolue.

Les phénomènes d'intoxication s'accroissent rapidement ; la mort à brève échéance est le seul pronostic que l'on puisse

envisager ; il est d'ailleurs bientôt confirmé et l'enfant succombe dans le collapsus et l'algidité.

Le nom de septicémie aiguë convient bien à cette forme caractérisée par la résorption rapide foudroyante des toxines microbiennes. Le péritoine, sidéré, ne réagit pas. A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve pas de pus, mais seulement une petite quantité de sérosité trouble, fétide, que l'on a comparé à du bouillon sale et dont le contact agace les doigts.

Si l'on va à la recherche de l'appendice, on le trouve ulcère, gangréné, parfois littéralement amputé, baignant dans ce liquide infect qui est partout, qui vient de partout sans qu'on puisse jamais trouver de collection nettement circonscrite.

DIAGNOSTIC

Il faut bien reconnaître que le diagnostic de l'appendicite chez l'enfant est chose souvent délicate, parfois difficile, en tous cas beaucoup moins simple que chez l'adulte. Les difficultés viennent principalement du début si variable de cette affection, de l'impossibilité fréquente de l'interrogatoire, sinon de l'examen. Trop jeune, l'enfant pleure, se débat, et ses cris continuels empêchent de localiser un maximum douloureux.

Plus âgé, l'enfant interprète mal ce qu'il ressent et ne localise pas toujours de lui-même ses douleurs abdominales au côté droit : si on lui demande de bien préciser l'endroit où il souffre, on n'a bien souvent que l'ébauche d'un geste dirigé du côté de l'ombilic ou du creux épigastrique.

Les parents eux-mêmes sont pour les médecins une source d'erreurs ; méconnaissant l'importance des symptômes, souvent dépourvus d'esprit d'observation, ils mettent en lumière un fait minime qu'il n'était pas besoin de retenir et oublient la chose capitale qui aurait été pour le médecin un indice précieux.

C'est assez dire que le médecin dans son examen sera livré, le plus souvent, à lui-même et qu'il n'aura, pour étayer son diagnostic, pour décider du traitement, que ce qu'il aura observé, vu de ses propres yeux.

Les difficultés seront plus grandes encore, lorsque la maladie aura évolué depuis quelque temps. Le médecin n'est trop souvent appelé qu'après une période d'hésitation et de soins familiaux ; pour confirmer son examen, il aura à interpréter les symptômes du début, qu'on lui rapportera plus ou moins fidèlement et parfois avec des variantes

embarrassantes. On comprend, dès lors, combien il est important de « serrer de près » le diagnostic différentiel.

Nous nous appliquerons à éliminer chez l'enfant les différentes affections, qui par leurs symptômes identiques ou leur allure semblable, peuvent prêter à confusion et être cause d'une erreur dont les conséquences sont toujours incalculables.

Parmi les différents symptômes de l'appendicite, nous savons que le premier en date et en importance est une douleur abdominale. C'est, en effet, une « colique » dont l'enfant se plaint en premier lieu, le médecin devra donc tout d'abord donner un nom à cette colique, la localiser. Mais avant d'affirmer quelle est bien d'origine appendiculaire, tout un travail d'élimination doit se faire. Nous ne parlerons pas des douleurs violentes, en coup de poignard, qui succèdent à une perforation de l'estomac ou de l'intestin. Outre qu'elles sont rares chez l'enfant, les commémoratifs, la connaissance de la maladie dans laquelle elles surviennent, leur très grande intensité dès le début, pourront faire le diagnostic. Mais les enfants sont sujets à bien d'autres coliques qui peuvent présenter le même caractère douloureux dans toute son acuité et qui pourtant n'inspirent aucune inquiétude et comportent un pronostic meilleur ou de moindre gravité.

Sans nous appesantir sur les coliques des tout-petits dont l'abdomen est resté trop longtemps à découvert, qui se caractérisent par une douleur assez violente, mais passagère, et ne sont pas, en général, accompagnées d'aucun autre symptôme fâcheux, sinon de quelques selles diarrhéiques, il faut bien se rappeler que l'on rencontre chez les enfants tout comme chez les adultes des *coliques hépatiques* et des *coliques néphrétiques*. Ce sont là, heureusement des phénomènes exceptionnels ; leur début n'est pas

aussi rapide et toujours quelques symptômes antérieurs auront donné l'éveil et attiré l'attention soit du côté du foie, soit du côté des reins.

Il n'est pas rare de trouver chez les enfants mal nourris et dont la digestion est défectueuse, de l'*entéralgie*, et cet état mal déterminé, comme autrefois sous le nom de « coliques venteuses ». Elles sont caractérisées par une douleur brusque suivie d'une accalmie, puis survient un nouveau paroxysme douloureux qui peut se reproduire à différentes reprises.

Pendant l'accès, le faciès de l'enfant s'altère, son ventre se ballonne. Mais la température est normale, la palpation ne réveille aucune douleur en dehors des crises, et l'on cherche vainement le point de Mac Burney. La paroi abdominale est entièrement souple ; il n'y a pas de vomissements ; une selle ou une émission gazeuse soulagent l'enfant et font disparaître les coliques.

Ces troubles paraissent relever du spasme et de la paralysie de certains segments de l'intestin, et ne tardent pas à se dissiper. Ajoutons enfin qu'ils ne s'observent guère que dans la première enfance et chez les nourrissons. L'appendicite n'est pas une chose inconnue à cet âge, mais nous savons qu'elle n'y fait qu'une apparition discrète et rare.

On est parfois embarrassé chez des fillettes de 12 à 14 ans, au moment de l'établissement de la fonction menstruelle ; elles accusent de violentes douleurs dans tout l'abdomen et souvent ces douleurs, par leur localisation à droite, peuvent éveiller l'idée d'une appendicite.

Pour rattacher ces coliques à leur véritable cause, on pourra bien se baser sur le développement des seins, l'apparition du duvet, l'âge de l'enfant, mais c'est toujours

là un diagnostic assez délicat ; la plupart du temps, heureusement, ces coliques évoluent sans complications ; elles sont passagères ; et l'absence de vomissements, une température normale, seront pour nous d'excellents signes négatifs.

Mais ces douleurs peuvent aussi provenir de lésions du côté des organes génitaux internes ; on sait, en effet, la fréquence des connexions qui s'établissent entre l'appendice d'un côté, la trompe et l'ovaire de l'autre, ces derniers faisant participer l'appendice à leur inflammation.

Riedel, en Allemagne, a surtout étudié l'erreur de diagnostic tenant à la salpingite aiguë des petites filles d'une gravité extrême. Un signe de minime importance peut, dans certains cas, faire pencher le diagnostic hésitant, du côté appendicite. Il consiste en une douleur assez nette, assez constante à l'émergence du nerf fémoro-cutané au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et cette douleur ne se voit que dans les cas d'inflammation appendiculaire.

L'erreur la plus courante, l'erreur banale fait prendre très souvent une crise d'appendicite pour de la *gastro-entérite* ou pour un vulgaire *embarras gastrique*. C'est là une erreur dont les conséquences sont particulièrement fâcheuses, car elle conduit, trop souvent, les parents ou le médecin à employer une thérapeutique incendiaire de vomitifs, de lavements, de purgatifs répétés.

Il ne faut pas oublier que les symptômes sont fugaces dans l'indigestion : s'ils persistent plus de quelques heures, c'est une indigestion anormale et suspecte.

Il n'est pas moins dangereux d'étiqueter « appendicite » ce qui est en réalité « gastro-entérite » ; on opère parfois ces malades au cours d'une de ces crises et l'opération est complètement inutile, car les accidents ne tardent pas à se reproduire. Dans les premiers temps, alors que tout

était à l'appendicite, l'engouement pour l'opération a fait parmi les « entérités » de nombreuses victimes; Dieulafoy les appelait les « balafrés ».

Encore aujourd'hui, dans les stations thermales comme Plombières et Châtel-Guyon où passent chaque année des quantités de malades atteints de cette affection intestinale, il n'est pas rare de voir dans le nombre quelques malades qui dans leur jeunesse ont été opérés soi-disant de l'appendicite et qui, adultes, reviennent se faire traiter pour l'entéro-colite dont ils souffrent toujours.

C'est plutôt par l'histoire du malade que par son état actuel que le diagnostic peut être fait. Un interrogatoire sérieux, méthodique, nous fera connaître dans les cas d'entéro-colite tout le passé intestinal de l'enfant; on y retrouvera les symptômes caractéristiques de cette affection, c'est-à-dire une constipation habituelle avec alternative de diarrhée muqueuse accompagnée de glaires et de membranes.

Quand on examine l'enfant, il y a bien des douleurs dans la fosse iliaque, mais elles n'ont pas ce caractère de fixité que l'on trouve dans l'appendicite. Elles sont, au contraire, irradiées; il peut même y avoir plusieurs points douloureux que l'on réveille et que l'on dépiste en suivant le trajet du côlon ascendant, du côlon transverse ou du côlon descendant.

On connaît depuis peu les complications multiples auxquelles peut donner lieu l'inflammation du ou des diverticules de l'intestin et, en particulier, du diverticule de Meckel dont nous avons pu voir par nous-mêmes la fréquence relative.

Le tableau clinique présente les mêmes caractères déjà observés dans l'appendicite.

Il est difficile d'éviter semblable erreur, car ce n'est sou-

vent qu'à l'ouverture de l'abdomen que l'on peut en faire le diagnostic.

Nous n'avons d'ailleurs pas à le regretter outre mesure, car, dans les deux cas, l'intervention est commandée, l'indication opératoire des plus formelles.

La séreuse péritonéale est chez l'enfant d'une sensibilité extrême ; elle réagit à toutes sortes d'infections et les diverses péritonites dues au pneumocoque, au bacille de Koch ou au gonocoque peuvent prêter à confusion avec la péritonite appendiculaire.

Nous éliminerons de suite la *péritonite tuberculeuse* qui ne rentre pas dans notre sujet, car le tableau clinique qu'elle réalise rappelle plutôt les symptômes d'une appendicite chronique à rechute.

La *péritonite à pneumocoque* est assez fréquente et peut, dans certains cas, simuler une péritonite d'origine appendiculaire ; l'état général cependant n'est pas en rapport avec celui d'une péritonite généralisée, il est beaucoup moins grave. On peut arriver à localiser la douleur d'une manière précise, et loin d'être au point de Mac Burney, la palpation montre une sensibilité maxima plutôt aux environs de l'ombilic.

L'abdomen, souvent distendu, contient du liquide en assez grande abondance, et il est facile en percutant par les procédés ordinaires d'avoir la sensation de flot.

De plus, le début est marqué par de la diarrhée, et nous savons que la constipation est plutôt de règle dans l'appendicite. Là encore, une laparatomie précoce vient redresser l'erreur de diagnostic et cette opération comporte en général un bon pronostic.

La *péritonite à gonocoque* que l'on voit chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite peut, elle aussi,

par son début brusque et son allure dramatique, en imposer pour une péritonite appendiculaire.

Il faudra toujours, en présence d'un état péritonéal grave chez une fillette, examiner la vulve, interroger l'enfant et les parents sur l'existence et la nature d'écoulements vaginaux, voir s'il y a une réelle corrélation entre les lésions vulvo-vaginales et les symptômes péritonéaux. La douleur n'est pas localisée dans la fosse iliaque droite, elle diffuse davantage dans tout l'abdomen. Broca a prétendu que les enfants atteints de péritonite à gonocoque présentaient un aspect cyaanique particulier. Ce signe pourrait, en cas de doute, faire pencher le diagnostic de ce côté. Nous ne pouvons, dans ces cas-là, que recommander l'abstention pure et simple, car cette péritonite marchera, le plus souvent, d'elle-même vers la guérison.

On est souvent embarrassé au début pour savoir si l'on a affaire à une appendicite ou à une fièvre *lyphoïde*. Dans une observation personnelle prise chez un enfant de 12 ans, nous avons longuement hésité : l'enfant était extrêmement abattu, la langue était sèche et couverte de fuliginosités, la température élevée à 39°5 ; il y avait dans la fosse iliaque droite de la douleur, et l'on sentait très nettement à la palpation des gargouillements, mais la rate n'était pas augmentée et le séro-diagnostic fut négatif.

Dans une observation que nous avons relevée, l'un de nos amis appelé auprès d'une fillette en pleine péritonite se trouve en présence de différents symptômes, en particulier d'une grosse rate qui lui font soulever un moment l'hypothèse d'une péritonite éberthienne ; l'analyse plus serrée des symptômes fit, au contraire, conclure à une péritonite appendiculaire. Ce diagnostic était vrai, il fut confirmé par l'opération.

Il faudra, dans ces différents cas, puiser une certitude

dans la recherche du bacille d'Eberth ou dans les différentes réactions de laboratoire.

Une autre erreur fréquente, elle aussi, bien qu'elle paraisse de prime abord très singulière, est due à la confusion que l'on fait d'une appendicite avec une *pneumonie*. Il est rare, en effet, de trouver chez l'enfant, le point de côté initial qui caractérise le début de cette maladie. Quand on demande au petit malade de préciser la région douloureuse, il se plaint de souffrir plutôt du ventre et montre parfois l'épigastre. Si l'on ajoute cela à quelques symptômes généraux qui se rapprochent de ceux que l'on observe dans l'appendicite, tel que les vomissements, la température élevée, la constipation, l'anoréxie on comprendra aisément que l'erreur ait pu être commise, qu'elle puisse l'être encore.

Mais la palpation rigoureuse de l'abdomen montrera bien vite le peu de netteté des symptômes douloureux dans la fosse iliaque; la percussion et l'auscultation du thorax qu'on aura soin de faire principalement sur la ligne axillaire nous donneront des renseignements précieux et nous permettront de dépister à temps le foyer pulmonaire.

Dans la *coxalgie*, au début, l'enfant se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite et l'on sait d'autre part que dans les formes subaiguës de l'appendicite, l'enfant a souvent la démarche et prend également l'attitude d'un coxalgique. Son psoas contracturé limite les mouvements de l'articulation et fléchit la cuisse sur le bassin, réalisant ainsi une attitude vicieuse de tous points semblable à celle de la coxalgie. Par un examen patient et doux, on peut s'assurer, dans ce cas, que la contracture cède bientôt et qu'il existe en réalité un nombre considérable de mouvements dans l'articulation. On peut alors la mobiliser

sans grande douleur et sans défense musculaire appréciable.

La douleur dans le genou correspondant est un signe excellent qui différencie nettement la coxalgie. Il faut bien se rappeler aussi qu'il n'y a jamais dans cette maladie de phénomènes péritonéaux.

Ces mêmes symptômes manquent également dans le *psöilis* qui se voit surtout quand un abcès par congestion descend des corps vertébraux dans la gaine du muscle. On connaît l'attitude bien caractéristique du petit malade dans cette affection ; il porte le membre inférieur en flexion forcée et rotation externe ; de plus les antécédents, la marche chronique de la maladie, l'apyrexie permettront de trancher rapidement la difficulté.

La constipation et les vomissements que nous avons signalé au début de l'appendicite peuvent, par leur intensité éveiller l'idée d'une *hernie étranglée*.

Il suffira, pour s'en assurer d'examiner les différents orifices herniaires ; il n'est pas rare d'ailleurs de rencontrer l'appendice dans les hernies surtout dans les hernies inguinales.

L'appendice descend avec le cœcum dans le trajet inguinal, contracte des adhérences avec le sac herniaire, peut participer ainsi à l'étranglement de la hernie et s'enflammer pour son propre compte.

L'*occlusion* et surtout l'*invagination intestinale*, qu'il est assez fréquent de voir chez les jeunes enfants et surtout chez les nourrissons, peuvent par certains symptômes évoquer l'appendicite.

L'enfant est constipé, se plaint du ventre, l'abdomen est ballonné, il y a de plus de la matité et de la tuméfac-

tion dans la fosse iliaque. Ce sont là à première vue tout autant de signes qui peuvent en imposer pour une crise appendiculaire.

Mais nous avons déjà souligné l'importance des symptômes généraux au début de l'appendicite; ils font défaut le plus souvent, dans l'invagination ou l'occlusion intestinale et n'ont en tous cas pas la même intensité.

La température est peu élevée; il y a de plus évacuation de glaires sanguinolentes et les vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, ne tardent pas à devenir fécaloïdes.

La palpation de la fosse iliaque nous révèle un signe précieux; elle nous permet de sentir une tumeur mobile dans le sens transversal; ce caractère facilitera grandement le diagnostic et nous permettra de conclure à une invagination.

Nombreux sont les cas où l'helminthiase intestinale par la multiplicité des symptômes qu'elle provoque, a été prise pour de l'appendicite.

Il est bien évident, qu'un parasite occupant la cavité de l'appendice peut jouer le rôle de corps étranger, et comme tout corps étranger donne lieu à une appendicite vraie avec toutes ses conséquences: ce n'est pas là une erreur de diagnostic.

Mais il arrive parfois que des vers, libres dans la lumière du tube digestif, produisent certains phénomènes abdominaux dont l'interprétation erronée fait poser le diagnostic d'appendicite alors qu'il ne s'agit que d'helminthiase banale. Broca avait un jour l'intention d'opérer une appendicite aiguë. Au moment de commencer l'intervention l'enfant eut un vomissement dans lequel se trouvait un ver; on s'abstint naturellement d'opérer, l'enfant guérit par la simple médication en usage dans ces cas là.

Il sera bon dans toutes les circonstances où le médecin

soupçonnera l'helminthiase de tenter un traitement d'épreuve au calomel où à la santonine ou encore et bien mieux, de faire la recherche des œufs dans les selles. Ce sont les médecins qui ont surtout attiré l'attention sur ce point. Blanchard a insisté tout particulièrement sur l'action des tricocéphales. Il semble d'après les examens nombreux qui ont été faits de l'appendice, après l'opération ou à l'autopsie que le rôle joué par ces parasites dans la pathogénie de l'appendicite est assez effacé et ne mérite pas l'importance qu'on lui a attribuée pendant un certain temps.

Parfois sans cause apparente, un enfant est pris brusquement de vomissements de nature variable, alimentaires bilieux ou aqueux. Ces vomissements se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés.

Très rapidement, presque dès le début de la crise, l'enfant est dans un état d'abattement extrême, son faciès est grippé, ses yeux cernés, le ventre se rétracte et parfois en même temps que de la constipation on note de la douleur dans la fosse iliaque droite.

Puis les vomissements s'arrêtent brusquement et la convalescence se fait avec autant de rapidité que la crise a été soudaine.

Marfan est un de ceux qui ont le mieux étudié les vomissements périodiques : il est un des premiers qui ait constaté et signalé dans ces vomissements l'acétonémie.

On a pensé un moment que ces vomissements à répétition représentaient une forme larvée d'appendicite ; il n'en est rien. C'est en réalité une affection bien spéciale et nettement définie bien que la cause en soit inconnue.

Son diagnostic avec l'appendicite, surtout dans les formes bénignes et atténuées de cette dernière, est parfois presque impossible. L'odeur de l'haleine quand elle rappelle

franchement celle du chloroforme pourra nous tirer d'embarras, mais le plus souvent le diagnostic ne pourra se faire que par des examens minutieux et répétés, une interprétation rigoureuse et juste des divers accidents et une thérapeutique rationnelle.

Nous savons maintenant combien peuvent être fréquentes les erreurs de diagnostic, mais parmi celles que nous avons passées en revue, il en est qui sont de pures curiosités, elles ne se présentent que très rarement à l'observation médicale et c'est tant mieux, car la difficulté de leur diagnostic les rend, pour ainsi dire, impossibles à éviter.

Les autres sont plus fréquentes et se rencontrent journellement dans la pratique médicale. Certaines d'entre elles donnent à réfléchir et seraient bien propres à vous faire hésiter dans le choix du traitement opératoire.

Il faudra serrer de près l'analyse des symptômes, se garder d'en faire une interprétation erronée; il faudra surtout attacher une grande importance au faciès si rapidement altéré chez l'enfant, ne pas oublier de pratiquer le toucher rectal qui permet de sentir de l'empâtement ou une collection dans la cavité pelvienne. Il faudra penser à l'appendicite toujours, et dans les cas douteux la faire bénéficier très largement du doute, se comporter comme si ce diagnostic était ferme.

Il vaut mieux au besoin ne pas hésiter devant une laparatomie d'exploration, que l'on fera médiane. Car de la précocité du diagnostic, de la rapidité de l'intervention, dépendra justement dans bien des cas le sort du petit malade.

« Tout compte fait le bénéfice restera acquis à la thérapeutique hardie plutôt qu'à l'expectation timide. »

PRONOSTIC

Les différentes statistiques d'après lesquelles on a voulu établir un pronostic général de l'appendicite n'ont aucune valeur : leur signification est tout à fait différente suivant qu'elles sont établies par des médecins ou des chirurgiens. Si les premiers sont assez disposés à la considérer comme une affection bénigne, les seconds estiment qu'elle est des plus sérieuses.

Peut-être cette différence tient-elle à ce que ces derniers ne sont trop souvent appelés que dans les cas désespérés.

Comment nous reconnaître au milieu d'opinions si divergentes ? Il nous semble cependant que les statistiques chirurgicales contiennent une plus grande part de vérité.

En effet, il est facile pour eux, alors même que le diagnostic était hésitant avant, d'étiqueter après l'opération, appendicite, ce qui est réellement appendicite.

Les médecins, au contraire, sont exposés à commettre des erreurs qu'ils ne peuvent redresser, apporter un diagnostic qu'ils ne peuvent contrôler. Les guérisons qu'ils ont pu ainsi obtenir ne relèvent peut-être pas toutes de l'appendicite.

Quant à nous, les chirurgiens ont raison. Nous avons déjà vu évoluer assez d'appendicites chez l'enfant pour savoir combien est dangereuse, chez eux, cette maladie et nous n'aurions certes jamais l'idée de la ranger dans ces affections bénignes dont le médecin peut attendre la terminaison avec une douce et souriante philosophie.

Le pronostic de l'appendicite chez l'enfant est beaucoup plus sombre que chez l'adolescent et l'adulte.

Au point de vue anatomo-pathologique les faits que nous

avons pu observer nous ont clairement démontré la gravité extrême des lésions de l'appendice.

L'appendicite des enfants évolue malheureusement le plus souvent et très rapidement vers la péritonite diffuse ou des abcès multiples : la suppuration envahit dans bien des cas, la cavité péritonéale et fréquemment à l'opération ou à l'autopsie on s'aperçoit qu'il s'agit d'appendicite gangréneuse avec perforation de l'appendice.

Cette éventualité fâcheuse qui se reproduit dans nombre de cas assombrit le pronostic ; d'autre part l'allure capricieuse de la maladie, ses accalmies traîtresses, ses retours foudroyants, laissent le médecin désarmé. Nul ne peut savoir dans quel sens va se faire l'évolution de la maladie : et porter un pronostic quelconque serait s'exposer au plus cruel des démentis. Ce pronostic est cependant nettement aggravé pour les péritonites purulentes généralisées d'origine appendiculaire : il est pour ainsi dire toujours fatal, et à brève échéance pour les péritonites septiques diffuses.

Dans tous les cas, seul un traitement bien compris, rapidement institué, pourra dresser une barrière efficace contre la marche en avant de l'infection, rassembler les forces éparses de l'organisme pour lutter contre l'invasion et les toxines microbiennes.

Seul il pourra améliorer le pronostic d'une maladie qui, tous les jours, fait des centaines de victimes.

De quel côté le médecin va-t-il s'orienter ? Quel sera le traitement vraiment efficace ?

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

Il est rare que le médecin « assiste » pour ainsi dire, au début de la crise d'appendicite ; il y a trop souvent dans les familles une période d'hésitation, d'atermoiements qui est employée d'ordinaire à une médication malencontreuse, pour ne pas dire dangereuse. Et quand on appelle le médecin, quelques heures, un ou deux jours même se sont écoulés depuis le commencement de la maladie.

Après un examen méthodique et patient du petit malade, les différents symptômes relevés ont aiguillé le médecin du côté « appendicite ». Ces symptômes lui permettent de poser un diagnostic ferme, ou lui donnent de telles présomptions qu'elles équivalent à une certitude.

Nous voici donc en présence d'une maladie des plus sérieuses, pleine d'embûches ; chaque minute écoulée peut amener une terrible complication.

Et la question se pose brutale, épineuse, il faut la résoudre au plus tôt. Que faut-il faire ?

Le médecin n'a pas malheureusement à sa disposition une ligne de conduite systématique. Le traitement de l'appendicite n'a pas encore été mis en « formule » commode à retenir et à appliquer. La décision du praticien dépendra en grande partie de l'opinion qu'il a pu se faire par les cas observés à l'hôpital ; elle dépendra aussi de l'opinion du moment, cette opinion moyenne qui exprime les idées du plus grand nombre.

Il sera interventionniste ou opportuniste ou bien, plus éclectique, il prendra dans l'une et l'autre école ce qui lui paraîtra se rapporter davantage au cas actuel.

Il a à sa disposition un petit arsenal de moyens théra-

peutiques qu'il pourra manier avec plus ou moins d'élégance, mais aussi avec plus ou moins de bonheur ; car, trop souvent le pronostic le plus rationnellement étayé ne tarde pas à être démenti de la pire manière.

Nous avons vu tour à tour employer ces différents traitements que l'on peut ramener à trois :

- 1^o Le traitement médical pur ;
- 2^o L'expectative armée et l'opération à froid ;
- 3^o L'opération dès les premières heures en pleine crise.

Ils ont été passionnément discutés, vantés, décriés : chacun d'eux a eu son moment de vogue ; chacun d'eux a encore aujourd'hui ses partisans convaincus, ses détracteurs acharnés, car c'est un conflit d'opinions qui n'est pas près d'être apaisé.

Dans le grand nombre de cas que nous avons étudiés et suivis à l'hôpital Trousseau, soit au point de vue médical, soit au point de vue chirurgical, nous avons pu, tout à loisir en voir les avantages et les inconvénients.

Voyons en quoi ils consistent, voyons encore et surtout ce qu'ils peuvent donner entre les mains du médecin qui doit, en les employant, rassurer sa propre conscience et sauvegarder la vie de l'enfant.

TRAITEMENT MÉDICAL

Il semble que les idées directrices du traitement de l'appendicite aient subi, au cours de ces vingt-cinq dernières années, une double évolution en sens inverse.

L'appendicite semble avoir bénéficié dans une très large mesure de l'intervention chirurgicale dans les péritonites aiguës. Nous savons que ces premières tentatives remontent à 1881 et sont dues, pour la plupart, à Auton Schmidt, à Lawson Tait, à Israël. Mikulicz, dès 1885, pose nettement les bases du traitement chirurgical. A ce même moment, les Américains commencent à intervenir dans les cas de péri-typhlite et leurs opérations sont l'objet de discussions, dans plusieurs congrès.

Dans l'excitation des premières heures, grisé par les premiers succès, on ne songe plus qu'à opérer et le traitement médical qui avait eu, jusqu'à ce jour, tous les honneurs fut complètement délaissé.

De larges et multiples incisions viennent éclairer la cavité péritonéale ; on s'applique à évacuer le pus des diverses régions de l'abdomen, on lave, on essuie, on draine tous les coins et recoins de la séreuse.

Celle-ci ne pouvait manquer de réagir contre les violences opératoires, et trop souvent, après une toilette complète du péritoine, les malades succombaient rapidement, certainement beaucoup plus vite et plus sûrement que s'ils n'avaient pas été opérés.

Il y eut alors un temps d'arrêt. Quelques succès ne suffisent pas à ranimer l'ardeur des chirurgiens et des médecins ; on publie les statistiques et on y relève de tels désastres que la reculade se fait bientôt de tous côtés et les interven-

tionnistes enragés se muent rapidement en abstentionnistes systématiques et prudents.

Ils avaient, il faut le reconnaître, de nombreuses et bonnes raisons à alléguer (sans compter les interventions malencontreuses qui se terminaient trop souvent par la mort). Les travaux de laboratoire, les observations cliniques publiées un peu partout viennent éclairer la question d'un jour nouveau et semblent confirmer l'orientation médicale du traitement de l'appendicite.

On démontre que le péritoine est doué de propriétés de défense énergique et l'on conclut trop facilement, en particulier, pour les péritonites appendiculaires, qu'il vaut mieux ne pas opérer afin de mettre à profit ces réactions de défense et faciliter leur développement.

De là est né le mouvement en faveur d'un traitement médical soutenu en France par beaucoup de chirurgiens très estimés, Brun, Broca, Delbet, Jalaguier, Walther, etc.

Des discussions passionnées, aussi nombreuses qu'intéressantes, ont éclaté de tous côtés à l'Académie et à la Société de Médecine, à la Société de Chirurgie. Si certains chirurgiens prennent l'esprit médical, certains médecins, au contraire, plus hardis, envisagent les interventions chirurgicales sans aucune crainte et déjà, en 1896, Dieulafoy s'écriait : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ».

Il mettait en garde les médecins contre les accalmies traîtresses de la maladie et les nombreuses observations personnelles où l'on retrouvait son esprit de brillant clinicien semblaient motiver cette conclusion.

Avons-nous réellement un traitement médical de l'appendicite et des principales complications qui assombrissent le pronostic de cette maladie?

Que faut-il entendre par traitement médical de l'appendicite?

Est-ce à dire que nous avons entre les mains un médicament « spécifique » dont l'action sur l'infection appendiculaire serait comparable à celle du mercure sur la syphilis, à celle de la digitaline sur les syndromes cardiaques, à celles du salicylate de soude sur le rhumatisme articulaire aigu ou à celle des divers sérums antidiphtérique ou antitétanique?

Le médecin, en employant ces médicaments sait réellement où il va, ce qu'il fait et ce qui va en résulter ; ils sont pour lui une arme fidèle dont les effets assurés lui permettent de lutter efficacement contre la maladie, de la juguler, de s'en rendre maître complètement et dans tous les cas.

Non, ce médicament là n'existe pas malheureusement dans le cas d'appendicite : ce n'est pas faute qu'on l'ait cherché. Depuis quelques années et encore maintenant, on cherche un procédé qui permette de lutter contre toutes les infections en général, qui pourrait s'appliquer au cas particulier que nous étudions ; certains prétendent l'avoir trouvé.

En 1898, paraît le mémoire de Veillon et Zuber qui marque une orientation nouvelle dans le traitement en mettant en relief l'importance des anaérobies dans la genèse des suppurations appendiculaires. On sait que les lésions de l'appendice sont toujours d'origine polymicrobienne ; ces germes sont ceux que l'on trouve dans l'intestin, ces microbes de putréfaction pullulent en nombre considérable : ce sont des anaérobies stricts ou facultatifs.

En se basant sur l'étude des micro-organismes, de leurs toxines, certaines méthodes ont pris naissance ; elles ont toutes pour but de favoriser les moyens de défense du péritoine ou de neutraliser l'action des microbes anaérobies lorsqu'il est déjà trop tard pour prévenir, lorsque l'infection péritonéale s'est produite.

Exalter les moyens de défense mis en avant par la séreuse péritonéale, c'est en même temps, lutter contre la complication la plus redoutable, la plus souvent mortelle de l'appendicite, c'est la rendre presque inoffensive.

Ces recherches ont-elles réalisé les espérances qu'elles avaient fait naître?

En 1906, Glis, par des injections intra-péritonéales d'huile camphrée, assure qu'il réalise l'antisepsie du péritoine et prévient ainsi toute septicémie.

L'effet obtenu, serait dû à ce que l'huile en obstruant les lymphatiques s'opposerait à la pénétration des bactéries.

Hochne (de Kiel) continue ces mêmes recherches mais il en interprète autrement les résultats, il pense que l'huile ne déterminerait qu'une réaction inflammatoire bénigne : comme dans toutes les réactions, il y aurait exudation, et, c'est grâce à cette exudation, que se fermentaient les voies d'absorption. Elles rendraient, en même temps, l'injection de culture microbienne, non virulente.

Une action identique s'établirait contre les bactéries qui sont déjà dans l'abdomen, ils subiraient cette influence, perdraient leur caractère de nocivité et leur nombre diminuerait bientôt dans une très grande proportion.

D'après R. Petit, 10 centimètres cubes de sérum de cheval chauffés à 55°, exerceraient une action stimulante sur la leucocytose.

Depuis les travaux de Myake et de Keuner, d'après la méthode de Mickulicz, un certain nombre de chirurgiens ont employé les injections de nucléinate de soude ; elles auraient pour effet non seulement de prévenir ou de combattre l'infection, mais encore de diminuer le péritonisme, la parésie intestinale et même les douleurs abdominales.

Doyen, par sa mycolisine prétend, de son côté, empêcher toute réaction péritonéale.

L'action bien connue de l'argent sur les moisissures a été

le point de départ de l'emploi des métaux colloïdaux en thérapeutique. Lorsque les chimistes eurent trouvé le moyen d'obtenir des solutions d'argent métallique ou d'un corps analogue à l'argent métallique, ils attribuèrent à ces solutions colloïdales des propriétés antiseptiques identiques à celles que Rollin avait reconnues à l'argent et les cliniciens songèrent à appliquer ces pseudo-solutions au traitement d'un certain nombre de maladies infectieuses.

Les injections de collargol ou d'électrargol que l'on emploie fréquemment aujourd'hui dans les appendicites et les péritonites appendiculaires n'ont pas d'autre but que d'essayer *in vivo* le pouvoir antiseptique considérable vis-à-vis des divers microbes pathogènes que certaines recherches *in vitro* ont permis de contrôler et de confirmer.

Il faut bien reconnaître une certaine action efficace à toutes ces injections. Elles produisent, en effet, une hyperleucocytose marquée, donnant ainsi à l'organisme une arme meilleure pour résister à l'invasion microbienne ; mais si ces injections ne sont pas sans utilité, elles sont, à coup sûr, préventives et ne semblent pas atténuer les infections déjà commencées.

Il est permis d'espérer qu'un jour viendra où, grâce à des modifications dans leur préparation ou à des améliorations dans la manière de s'en servir, grâce aussi à de nouvelles recherches, elles entreront de plein pied dans l'arsenal thérapeutique comme méthode de vaccination et de guérison.

Leurs effets sont, jusqu'à présent trop inconstants pour permettre de faire fond entièrement sur elles. Ce sera, si vous le voulez bien, la thérapeutique de demain.

Nous ne devons pas, d'ailleurs, pour cela, les rejeter complètement. Ces diverses injections ou ces ferments métalliques ont déjà fait leurs preuves et dans bien des cas

se sont montrés de précieux adjuvants du traitement dans les maladies infectieuses.

On connaît les travaux de Metchnikoff et surtout de Blanchard sur le rôle joué par les parasites intestinaux et plus particulièrement par le tricocephale dans la pathogénie de certaines maladies du tube digestif, entre autres dans l'appendicite. Certains de leurs élèves sont allés plus loin et pour eux on devrait toujours faire entrer en ligne de compte le tricocephale dans la genèse de la maladie. De là, naturellement découlerait une thérapeutique excessivement simple toujours la même ; elle consisterait à expulser le parasite surtout sensible au thymol. Il n'est rien moins prouvé malheureusement qu'il faille dans tous les cas rattacher l'infection appendiculaire à une origine vermiculaire. On a bien trouvé, à l'autopsie, quelques tricocephales dans l'appendice sans qu'on puisse d'ailleurs leur attribuer nettement et exclusivement la réaction inflammatoire.

Mais ces cas ne sont pas le plus grand nombre et les tricocephales se voient assez rarement.

On ne peut sur leur présence, parfois signalée, instituer une thérapeutique de thymol dont l'importance et l'action pouvaient être comparées par exemple à la médication « quinine ». Préventive, elle serait le plus souvent inutile, lassante par les répétitions, elle n'est pas d'ailleurs tout à fait inoffensive et l'on a vu parfois des troubles, plus ou moins sérieux, survenir à la suite de son ingestion.

Curative? Mais à la première alerte, au premier signal douloureux qui nous révèle l'entrée en scène de l'appendicite, le mal est déjà fait. La toxi-infection qui s'élabore dans « l'étuve appendiculaire » a commencé ses ravages, et si l'on faisait à ce moment-là intervenir la médication vermifuge, elle ne pourrait être qu'une cause de complications redoutables rendant plus facile par son action violente la perforation de l'appendice, la chute d'une escarre qui

ne serait peut-être pas tombée ou du moins pas avant que des adhérences n'aient emprisonné les lésions, limitant l'infection, empêchant l'envahissement complet du péritoine.

Si par traitement médical il faut entendre une médication active, spécifique, contre l'affection appendiculaire, Dieulafoy avait bien raison de dire « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ».

Nous venons de voir que ce médicament n'existe pas encore.

Si nous nous plaçons à un point de vue tout différent, nous devons cependant convenir qu'il y a réellement un traitement médical ; et par là, il faut entendre cette thérapeutique appropriée, consacrée par le temps et l'usage fréquent que l'on en a fait. Les quelques règles dont elle se compose sont connues de tous les médecins, c'est ce qu'on appelle le traitement classique, ainsi baptisé, non pas tant parce qu'il a fait ses preuves, mais probablement parce que plusieurs générations médicales l'ont déjà utilisé, l'utiliseront encore.

Mais ce serait s'avancer beaucoup que de prétendre résumer ce traitement en une formule simple, fixe et immuable. Il est loin d'être encore adopté par tout le monde et les contradictions y foisonnent.

Il est une question de principe sur laquelle l'accord est loin d'être fait. Comment se reconnaître au milieu d'avis si partagés?

Les uns partent en guerre contre les purgatifs ; rien d'après eux n'est plus funeste, car c'est exciter les mouvements de l'intestin, c'est favoriser le développement du mal, c'est peut-être aller au devant des pires complications. Tous leurs efforts tendent dès lors à obtenir cette immobilisation et cette constipation bienfaisantes ; ils donnent de l'opium.

Les autres, devant de pareilles prescriptions, haussent

les épaules : constiper un malade atteint d'appendicite est un non sens, une grossière erreur, une faute impardonnable. Il faut au contraire le purger : les purgations sont le moyen idéal de pratiquer l'antisepsie intestinale, de stériliser en quelque sorte le tube digestif, de combattre ainsi son infection, cause première de tout le mal. « Au lieu de donner de l'opium, donnez donc disent-ils, de la belladone qui loin de suspendre les sécrétions de l'intestin et d'en paralyser la motricité favorisent au contraire ses deux ordres de fonction. »

Il est vraiment curieux de constater combien sont encore invétérées en nous les anciennes doctrines ; on considère comme un progrès remarquable d'avoir pu isoler l'appendicite de la typhlite. En réalité les vieux préjugés qui confondaient ces deux affections ne sont pas encore morts. Ils planent sur nous et les deux théories que nous venons d'exposer montrent bien la part prépondérante qu'occupent encore l'intestin dans les préoccupations des thérapeutes.

Ils solidarisent toujours l'appendice et le cœcum. Nous n'avons pas à entrer dans la discussion approfondie de ces deux théories : l'une est vraie en théorie, la pratique donne raison à l'autre. Mais les partisans de la purgation sont la minorité ; laissons de côté ces francs-tireurs de la thérapeutique. Pour le plus grand nombre l'opium l'emporte sur la belladone, c'est lui qui fera partie intégrante du traitement classique de l'appendicite.

A part des cas très spéciaux, on n'emploie jamais de purgatifs dans le traitement médical de l'appendicite, on admet en effet que l'extension de l'inflammation est due en partie aux mouvements spontanés de l'intestin. Que serait-ce donc si on provoquait bénévolement un péristaltisme violent. De là l'indication formelle d'immobiliser le tube digestif pour limiter le processus septique, pour le confiner au voisinage de la région appendiculaire.

On cherche à obtenir ce résultat de bien des manières. On immobilise le malade dans son lit, on lui supprime toute alimentation et c'est à peine si, dans les premiers jours, on lui tolérera quelques cuillerées d'eau bouillie et alcalinisée. Ce n'est que peu à peu et longtemps après les débuts de la maladie que le médecin se hasardera à revenir à une alimentation un peu plus consistante sous forme de bouillon.

Si des nausées persistantes fatiguent l'enfant, et sont pour lui une cause de mouvements ou s'il existe une grande distension abdominale, le médecin pourra faire des lavages de l'estomac mais, dans aucun cas il ne devra donner ni purgatifs, ni lavements.

Enfin par l'application de larges vessies de glace ou au contraire par celle des compresses humides chaudes ou d'appareils chauffants ; on cherche à calmer les douleurs et à modifier les conditions aussi bien de la circulation abdominale que de la contractilité de l'intestin et de la vessie.

Les injections sous-cutanées abondantes de sérum physiologique ; celles d'huile camphrée, de strychnine, de spartéine en cas de faiblesse du cœur constituent un adjuvant utile de ce traitement vulgarisé en France par un certain nombre de chirurgiens estimés tels que Jalaguier, Broca, Delbet et connues en Amérique sous le nom d'Och-ner method.

Tel est dans son ensemble le traitement médical de l'appendicite.

Les diverses prescriptions qui le composent ne peuvent, à notre avis, être considérées comme un moyen de traitement absolu, car aucune d'entre-elles, ne peut se flatter d'amener la guérison ; et elles ne font que superposer aux réactions personnelles du malade une activité de même sens. Par la diète, le repos complet, les opiacés nous ne faisons qu'exagérer les tendances naturelles de la nature.

On met le malade à la diète et nous avons déjà signalé l'anorexie du début de la maladie; les quelques cuillerées de liquide que nous donnons si parcimonieusement ne servent qu'à rendre moins pénible la sensation de soif ardente qui torture le petit malade. Nous mettons l'enfant au lit et nous l'immobilisons, alors qu'il garde déjà de lui-même le décubitus dorsal, les cuisses à demi fléchies pour détendre les muscles de sa paroi abdominale. L'opium que nous donnons, ou la morphine que nous injectons, n'a qu'un but, immobiliser l'intestin. L'enfant de lui-même sent instinctivement que la douleur sera moindre si son ventre est complètement immobilisé, il change son mode de respiration : de diaphragmatique qu'il était, il devient costal supérieur et ainsi les mouvements d'ascension ou d'abaissement du diaphragme sont supprimés, l'intestin est en partie immobilisé.

On a dit qu'il fallait employer la morphine contre la douleur et contre les vomissements qu'elle arrête fort efficacement.

L'action qu'on lui attribue est-elle réelle, nous ne saurions le dire, mais nous devons par contre reconnaître le très grand danger de l'opium. Il trouble les symptômes, embarrasse le médecin, l'empêche de reconnaître la gravité de la maladie, lui fait trop souvent prendre une accalmie, provoquée artificiellement, pour une amélioration réelle. Nous connaissons d'autre part l'action de l'opium sur l'intestin par l'excitation des splanchniques ou en paralysant le système nerveux ganglionnaire de l'intestin et les fibres musculaires intestinales elles-mêmes, il modère, arrête le péristaltisme, laisse l'intestin se distendre sous l'accumulation des matières et des gaz, créant ainsi outre une gêne considérable pour le malade, un foyer de fermentation dont le voisinage, sans constituer un danger trop immédiat, peut devenir un adjuvant des toxines microbiennes.

De même que l'opium, la glace faussera un des éléments capitaux du diagnostic et du pronostic : la douleur.

En résumé, tous les médicaments que l'on donne sont des médicaments qui s'adressent à des symptômes, aux effets, non à la cause : c'est la pire des thérapeutiques.

Mais, en réalité, les partisans du traitement médical, les « temporisateurs » auraient mauvaise grâce à oublier dans la liste de leurs procédés thérapeutiques l'un de ceux qu'on laisse volontiers dans la coulisse, sans reconnaître jamais l'importance de son rôle, c'est la bonne nature « *natura medicatrix* ».

C'est à elle que les médecins doivent, dans ce cas-là, la plupart de leurs succès : mais c'est une arme à double tranchant, elle est quelque peu aveugle, tantôt ne réagit pas assez, tantôt dépasse le but qu'il faudrait atteindre.

On aurait tort de s'y fier complètement, mieux vaut encore la diriger que de se laisser par elle conduire aux pires aventures.

On a voulu justifier cette temporisation en alléguant les moyens de défense naturels qui sont propres au péritoine.

Ce dernier joue un rôle actif, que les expériences de Cornil et de ses élèves ont bien mis en lumière. On injecte dans la cavité péritonéale d'un lapin une émulsion de poudre inerte (carmin ou encre de Chine) puis on sacrifie l'animal quelques minutes après. A l'ouverture de la séreuse on constate que les particules colorées ne sont pas uniformément réparties à la surface de l'épithélium péritonéal ; elles se sont réunies formant des amas qui se déposent au niveau de la partie inférieure de l'estomac, de la rate et surtout sur le grand épiploon. L'importance physiologique de ce dernier a été trop longtemps inconnue ; depuis qu'on l'a étudiée, il apparaît comme jouant le rôle primordial dans la défense du péritoine. Il est facile de le

constater dans l'expérience que nous venons de signaler : l'épiploon est rouge, congestionné, enroulé sur lui-même, enrobant ainsi les particules solides, causes de l'inflammation, si bien que suivant l'expression imagée de Milian on peut dire qu'il a en quelque sorte « balayé l'intestin ».

Durham injectant des microbes dans le péritoine, les retrouve nombreux sur le grand épiploon alors qu'ils manquent dans l'exudat.

Fabre, dans sa thèse, considère avec raison l'épiploon riche en éléments lymphatiques et très mobile comme une formation mobile de combat.

Cette défense active est bien mise en relief dans les expériences de Roger : il injecte à des lapins une culture atténuée et dosée de staphylocoques. Parmi ces lapins quelques-uns succombent ; ce sont précisément ceux à qui l'on a enlevé préalablement l'épiploon.

Le péritoine déjà si bien défendu trouve encore dans ses productions séro-fibrineuses et la phagocytose qui sévit intensément dans tous les points de la séreuse une aide précieuse pour résister à l'infection qui veut l'envahir.

Nous devons donc reconnaître au péritoine un certain pouvoir microbicide ; il peut se défendre avec énergie, parfois avec succès. Il était naturel que ces données de laboratoire amènent des conclusions pratiques ; on a voulu étendre davantage, fortifier ses moyens de défense ; on pensait y être arrivé par toutes sortes d'injections, nous avons vu ce qu'il fallait en penser.

Nous avons cependant un autre point important à signaler, c'est la tendance naturelle de beaucoup d'inflammations à s'enkyster. De rapides adhérences se forment, favorisées par les nombreux replis de la séreuse : elles limitent le processus inflammatoire, opposent une barrière au flot purulent et l'emprisonnent, permettant aux phagocytes de se ruer en un point limité, d'économiser leur nombre

et leurs forces et de sortir ainsi victorieux de leur lutte contre les microbes de l'infection.

Nous avons malheureusement la contre-partie de ces réels avantages. A ces moyens de défense s'opposent des facteurs d'une haute gravité, tout aussi naturels.

Ils tiennent aussi bien à des raisons anatomiques qu'à des raisons physiologiques.

On a calculé la surface de la séreuse abdominale. Nous savons qu'elle est très étendue puisqu'elle égale à peu près celle du tégument externe. Son inflammation, par la vaste surface qu'elle occupe, fera le danger plus pressant, rendra la lutte moins facile contre l'infection.

Il serait encore permis d'attendre et d'espérer si le péritoine était indifférent aux toxines qui le congestionnent et l'irritent. Il est malheureusement d'une sensibilité extrême et n'est en somme qu'un vaste sac lymphatique où la résorption se fait avec une grande rapidité.

Wegner a trouvé, paraît-il, qu'il pouvait en une heure résorber trois, quatre à 80/0 du poids du corps.

On a fait absorber du poison à certains animaux cependant qu'on injectait ce même poison dans la cavité péritonéale d'autres animaux. Ceux-ci présentaient plus rapidement des symptômes d'intoxication et mouraient beaucoup plus vite.

On aurait tort de croire que le péritoine n'exerce son pouvoir absorbant que sur les toxines solubles ou sur les substances dissoutes.

On a refait ces mêmes expériences, en employant des microbes ou des particules solides. Crocq, dès 1858, montrait que tout ces petits organismes ou corpuscules inertes passaient rapidement dans les vaisseaux lymphatiques ; ceux-ci les charriaient ensuite dans toute l'économie.

Dix minutes après l'inoculation intra-péritonéale de culture microbienne dans le péritoine du lapin, Peiser

a constaté la présence de microbes dans le sang. Arnaud, de Lyon, rappelle avec raison que les vaisseaux lymphatiques ne sont pas également développés sur toute la surface de la séreuse. Ce réseau est surtout abondant dans la région diaphragmatique, l'est moins dans la région moyenne et beaucoup moins encore dans la région inférieure. La résorption des germes infectieux sera donc variable suivant le point présentement infecté. Fowler et Bode s'appuyant sur ces données ont divisé le péritoine en trois zones : une supérieure diaphragmatique, à résorption très rapide ; une moyenne, mésentérique, à résorption plus lente ; une inférieure, sous-ombilicale à résorption beaucoup moindre.

Or, dans la portion supérieure, se trouvent également les épiploons dont nous avons montré le pouvoir absorbant considérable : il y a aussi le plexus solaire qui joue un si grand rôle sur le jeu de la respiration, de la circulation et de la contractibilité intestinale, comme l'a montré Laignel-Lavastine.

Au cours de la péritonite appendiculaire cette pénétration de matières toxi-infectieuses dans l'économie se fait rapidement et ne tarde pas à se manifester à la vue et à l'examen par deux symptômes : le facies de l'enfant, le pouls.

Nous savons que la rapidité du pouls chez l'enfant est un signe d'une haute gravité et d'un pronostic fâcheux. Cette fréquence exagérée est due à l'irritation des centres vaso-moteurs. Plus tard, au contraire, cette irritation fait place à une paralysie vaso-motrice, les organes abdominaux se congestionnent, la circulation troublée se fait mal, puis s'arrête, le sang se collecte dans la cavité péritonéale, le cœur se contracte à vide, ses ventricules n'ont plus rien à propulser, on dirait vraiment qu'une abondante hémorragie a saigné à blanc tout l'organisme,

EXPECTATION ARMÉE

Les partisans du traitement médical strict sont devenus, par la force des choses, de moins en moins nombreux et une nouvelle doctrine s'est fait jour : celle de l'expectation armée. Certains médecins, quelques chirurgiens et des meilleurs prêchent la temporisation (le mot est joli), ce qu'elle représente l'est beaucoup moins.

L'appendicite est malheureusement une maladie où tout le monde temporise et si le mot n'avait été créé, il devrait l'être, car il caractérise très bien les différents états d'esprit.

Les parents tout d'abord ne s'inquiètent pas, outre mesure, des premiers symptômes de la maladie. Ils se rassurent eux-mêmes. Il ne s'agit pour eux que d'une mauvaise digestion, d'un coup de froid ; quelques boissons chaudes, des cataplasmes, une purgation et tout sera dit : tout a été prévu ; à quoi bon faire venir le médecin ? Ils temporisent ! Quand le médecin est appelé auprès du petit malade, le peu d'intensité des symptômes le rassure ; il envisage l'évolution de la maladie avec confiance, son pronostic optimiste reconforte la famille. Il n'y a aucune raison sérieuse d'intervenir, le traitement médical va tout arranger. A quoi bon faire venir le chirurgien ? Il temporise.

Puis les événements se précipitent ; l'inquiétude commence à poindre. On appelle le chirurgien. Celui-ci très partisan de l'opération à froid recule devant une intervention qui pourrait assombrir ses statistiques ; mieux vaut attendre que la maladie soit « refroidie ». A quoi bon se presser ? Il temporise !

Le « temporisateur » est donc celui qui se refuse à opérer l'appendicite, pendant sa phase aiguë et fébrile ; pour lui,

il ne peut en résulter que de graves mécomptes pour les suites de l'intervention. Si, au contraire, on opère à froid, on met ainsi toutes les chances de son côté ; on réduit les aléas de l'opération : le succès est assuré et tout à l'honneur du praticien qui a su attendre.

Une simple douleur du côté de l'appendice, avec une réaction locale et générale modérée et tendance régressive sous l'influence du traitement médical rigoureux, ne commande pas l'opération.

Hâtons-nous de dire que ce n'est là qu'une théorie, une simple opinion mais combien de fois ne l'avons-nous pas entendu exprimer ou exposer.

Quant à nous, nous avons vu souvent, dans ces cas-là instituer un traitement médical qui était certainement des plus rigoureux ; nous sommes sûrs que les parents le suivaient strictement et scrupuleusement.

L'enfant mourait cependant ; ou une opération plus ou moins tardive, plus ou moins heureuse, nous montrait l'appendice perforé ou gangrené, la cavité péritonéale pleine de pus.

Prendre le pouls d'une main, tenir le bistouri de l'autre et attendre nous paraît être une solution non seulement mauvaise, mais encore dangereuse, livrant le médecin au pire inconnu.

Nous savons que certains d'entre eux ne craignent pas de revoir leur malade, matin et soir, notant chaque fois avec précision, sa température, son pouls, l'état de son facies, ils se tiennent prêts ainsi au moindre changement défavorable, à modifier leur ligne de conduite et à opérer s'ils le jugent à propos.

Le médecin n'est pas, malheureusement « l'homme d'un malade », sa profession l'oblige à courir de côté et d'autre, parfois assez loin ; son temps est pris, mesuré. Pourra-t-il toujours trouver les minutes nécessaires pour refaire dans

la même journée un examen minutieux de l'enfant ? N'y aura-t-il pas trop souvent et forcément entre deux visites un intervalle beaucoup trop long, pendant lequel la maladie aura évolué avec une rapidité déconcertante ? Et encore ce raisonnement s'applique-t-il aux médecins de ville pour qui les distances ne comptent guère ; nous oublions qu'il y a parfois pour le médecin de campagne des dérangements qui se chiffrent par un nombre respectable de kilomètres.

Nous sommes toujours à même et peut-être toujours à temps de réparer un oubli, nous pouvons nous payer le luxe d'attendre, nous pouvons dans les cas embarrassants nous concerter, diminuer d'autant notre responsabilité ; nous avons au besoin l'hôpital tout proche, la maison de santé voisine où l'on pourra toujours pratiquer une intervention hâtive. Mais, plus que nous, le médecin de campagne est le prisonnier de sa conscience médicale, sa tâche est plus rude, sa responsabilité plus lourde.

Maître souverain, il est le plus souvent seul pour poser un diagnostic, pour porter un pronostic, pour décider d'une intervention. Il sait que la maladie est grave, qu'elle peut évoluer en quelques heures, qu'il sera trop tard ensuite pour opérer. Une vie est entre ses mains qu'il peut perdre par son hésitation, par son absence, allons-nous lui conseiller l'expectation armée ?

Mettons les choses au mieux ; supposons que le médecin pourra, comme il le désire, suivre son malade de très près : épiant les moindres signes, attentif au plus petit changement survenu, il pourra ainsi se flatter d'arriver à temps.

Là encore la pratique est décevante, il n'est pas vrai de dire que l'accentuation des lésions est toujours en rapport avec l'accentuation des symptômes : bien plus souvent c'est le contraire qui se produit.

Au moment du plus grand danger, il n'est pas rare de voir une amélioration trompeuse.

Nous connaissons tous ces accalmies traîtresses qui se produisent quelques jours après le début de la maladie. Il y a une sorte de détente générale, une sensation de bien-être pour le malade : pouls et température, état général paraissent concorder et font naître la plus cruelle des illusions. On se félicite d'avoir attendu, on vante les bienfaits de la glace, de l'opium, des diverses injections que l'on a pratiquées. L'opération que l'on avait envisagée un moment paraît plus lointaine, moins indispensable. Les parents eux-mêmes se mettent de la partie et ne veulent pas croire que cette amélioration puisse cacher quelque embûche. Ils accueillent le médecin la joie dans les yeux, le sourire sur les lèvres ; le cauchemar qui les étreignait est déjà bien loin ; on a beau leur crier : « casse-cou » ils se refusent à l'intervention sans trop cacher parfois les sentiments que leur inspire votre obstination.

On croit gagner du temps, on perd en réalité de précieuses minutes, les accidents se précipitent et quand le danger pressant vous fait prendre l'ultime décision, au milieu de l'affolement général, quand la force des choses vous glisse, malgré vous, le bistouri dans la main, c'est trop souvent un condamné à brève échéance, parfois un moribond que l'on transporte sur la table d'opération.

Certains médecins règlent leur conduite sur la forme clinique de la maladie et viennent vous dire : « Dans les formes plastiques et rassurantes de l'appendicite, on peut sans danger attendre la fin de la période aiguë et opérer pour ainsi dire à froid ».

Nous connaissons bien les formes plastiques de l'appendicite, nous connaissons bien aussi les formes avec péritonite purulente ou septique : nous avouons ne pas connaître encore les formes rassurantes.

Nous avons déjà vu bien des enfants atteints d'appendicite ; chez eux plus encore que chez d'autres on pouvait,

à bon droit, être rassuré. L'allure très bénigne de la maladie chassait de votre esprit tout sujet d'inquiétude, on pouvait avec un semblant de raison envisager l'avenir sous les couleurs les plus riantes. — Ils sont morts ! Mort aussi notre petit neveu chez qui le médecin avait diagnostiqué une de ces formes rassurantes de l'appendicite !

Allons donc, gardons-nous bien de nous abriter derrière des mots, ils ne veulent rien dire, ils n'ont jamais rien prouvé et ils ne servent qu'à déguiser l'inconscience ou la duperie, pas autre chose.

Quand on est en présence d'une crise d'appendicite, il n'est pas en notre pouvoir de qualifier ce qu'elle sera, comment elle va évoluer : nous n'en savons rien ; ce qui se passe derrière la paroi abdominale, nous l'ignorons ; nous n'avons aucun moyen de le connaître.

Nous n'avons pas le droit de nous fier sur le moindre symptôme rassurant, nous devons être toujours sur nos gardes et ce n'est que la crise finie, mais jamais avant ni pendant, que nous pourrions constater qu'elle a été bénigne ou grave.

Il sera bien temps de prendre une décision !

Que l'on opère à froid, que l'on opère à chaud, mais d'une manière tardive, on ne peut s'empêcher de constater les inconvénients de l'intervention dans ces deux cas.

Si la maladie a évolué heureusement, si on a la chance d'avoir pu prolonger le petit malade jusqu'à ce que les lésions soient refroidies, l'opération n'en est pas rendue pour cela plus facile et moins dangereuse.

On aura moins de chances, peut-être, de propager l'inflammation, de contusionner l'intestin, mais le petit malade affaibli déjà par cette longue maladie, l'organisme épuisé par la défense qu'il a fait de ses forces pour lutter contre l'infection, supportera moins bien le choc opératoire, et il retirera de l'intervention un bénéfice bien moindre.

L'intervention, d'ailleurs, sera rendue plus longue, plus laborieuse par suite des adhérences qui se seront formées. Elles font une gaine compacte au cœcum et à l'appendice. Il faudra aller chercher l'appendice, le sculpter, en quelque sorte, et toutes ces délacérations ne vont pas sans grand danger.

Broca intervient dans deux cas, à plusieurs semaines de la crise, croyant trouver un foyer refroidi et un appendice mobile, mais il découvre du pus et des adhérences telles qu'elles entraînent plusieurs déchirures du cœcum : résultat deux morts.

Quenu en décollant des anses adhérentes déchire deux fois les anses grêles et une fois le cœcum.

Si l'on opère à chaud, mais d'une façon tardive, le pronostic de l'opération est très assombri, le chirurgien après avoir temporisé pendant quelques jours, n'opère en général qu'en désespoir de cause : son intervention n'est alors qu'un « pis-aller », aussi les succès s'ajoutent-ils aux succès.

« J'ai cru remarquer, dit Témoin, que lorsque la péritonite survenait chez un malade en traitement depuis longtemps pour appendicite, elle était plus foudroyante.

En 1910, j'eus à opérer dans la même semaine trois malades en pleine péritonite généralisée, et présentant les signes ultimes de l'intoxication. L'un était en traitement depuis quatorze jours, le second depuis dix-sept, le troisième depuis quatre semaines.

Tous les trois affaiblis présentaient un terrain favorable à la virulence des toxines. Ils moururent tous les trois.

Cette observation que j'ai faite souvent, plaide encore en faveur de l'opération de l'appendicite à chaud ».

En résumé, nous ne trouvons dans les différentes formules employées ou préconisées par les temporisateurs, rien qui puisse nous convaincre : elles sont trop dangereuses pour

que nous puissions nous y abandonner sans d'excessives réserves. Quant une appendicite commence, nul ne peut savoir quelles terribles complications peuvent surgir : le mode de début, la courbe de température, l'entrée en scène de tel ou tel symptôme ne donne sur l'évolution ultérieure de la maladie que des renseignements insuffisants ou trompeurs.

Nous ne saurions trop nous insurger contre la vessie de glace, contre les opiacés qu'on a eu la singulière prétention d'ériger en traitement médical de l'appendicite, et contre les opérations plus ou moins tardives, qui ont pour but de pallier les désastres que le traitement médical strict de l'appendicite déterminerait.

Le traitement chirurgical nous paraît être le seul traitement rationnel de cette affection ; nous nous rangeons du côté de ceux qui préconisent l'opération précoce dans l'appendicite aiguë, alors que le péritoine est encore indemne ou que l'infection péritonéale est tout à fait à son début.

Nous devons insister maintenant sur les avantages de cette intervention précoce, c'est-à-dire de l'opération pratiquée dans les trente-quatre ou quarante-huit premières heures aussi près que possible du début.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'appendicite est toujours justiciable de l'opération, on ne peut y échapper sans danger pour la vie.

On peut traiter médicalement une crise appendiculaire, la chance peut vous favoriser, le malade peut se remettre de cette alerte, mais pour combien de temps? Et parmi ces malades guéris de leur appendicite, quel est le nombre de ceux que guette le bistouri du chirurgien?

On sait combien rapidement se renouvellent d'ordinaire ces crises, l'inflammation est comme un foyer mal éteint qui couve pendant un certain temps pour repartir de plus belle. La plus minime des causes peut de nouveau la provoquer et l'on connaît la gravité toute particulière de ces crises subintrantes. Qui dit appendicite dit opération, là-dessus tout le monde est d'accord aujourd'hui mais les opinions se partagent dès qu'il s'agit de fixer une date à l'opération.

Sans aucune partialité nous avons étudié les inconvénients qui nous paraissaient des raisons suffisantes pour rejeter l'opération à froid et l'opération à chaud faite d'une manière tardive, nous n'y reviendrons pas et nos préférences vont sans aucune hésitation à l'intervention précoce faite au plus tard dans les trente-six premières heures, avec quelque tolérance si le début de la crise ne dépasse pas quarante-huit heures.

Seule en effet, l'opération précoce nous paraît réduire dans des proportions considérables, la mortalité encore énorme de l'appendicite aiguë.

C'est une décision que nous devons prendre au nom de l'enfant et dans son intérêt.

Nous comprendrions les hésitations si l'opération était grave.

La répugnance que l'on manifestait pour les interventions chirurgicales étaient admissibles, pouvaient s'excuser à une époque où l'on ne savait pas opérer d'une façon convenable l'appendicite aiguë. On ne peut guère la comprendre maintenant où la technique opératoire est bien connue, a fait ses preuves dans de multiples interventions.

Nous n'avons même pas à faire les quelques réserves qu'il serait juste de formuler s'il s'agissait d'un adulte, ayant un foie et des reins médiocres, présentant des symptômes généraux graves : en pareil cas l'intervention en effet, fait courir des risques sérieux.

Mais chez l'enfant nous n'avons guère à nous préoccuper de l'état de ces organes; ils n'ont pas encore été assez malmenés et offrent toute garantie de résistance.

Certains médecins attendent pour se décider à opérer « la réaction à la glace ». Ce serait d'après eux un très bon moyen de reconnaître si l'appendicite peut « refroidir » et de juger en même temps la gravité de la crise.

On immobilise l'enfant et on applique sur le ventre une large vessie de glace. Si au bout de trois jours, la température reste toujours élevée, on ne doit plus hésiter à intervenir.

Nous ne savons ce que vaut ce signe que d'aucuns estiment si précieux. Nous ferons seulement remarquer qu'il retarde l'opération, la reporte à une date déjà assez éloignée du début de la crise, la rend beaucoup plus dangereuse, beaucoup moins efficace ; car pendant qu'on tergiversait, qu'on discutait, les yeux fixés sur le thermomètre, les accidents ont pu se précipiter et c'est déjà en pleine péritonite que l'on est obligé parfois d'intervenir.

Nous avons vu qu'on ne pouvait apprécier la gravité de l'infection en se basant sur l'état du pouls et la tempéra-

ture, sur l'expression anxieuse de la face, sur l'intensité de la douleur à la pression, sur la leucocytose, sur le signe d'Arneth.

Tous ces symptômes, nous le répétons, n'ont qu'une valeur relative et quand ils apparaissent ils ne font que traduire la présence de phénomènes infectieux d'une gravité extrême.

Attendre patiemment et trop longuement de les constater c'est exposer de gaieté de cœur le malade à la mort.

Mieux vaut donc se hâter, l'opération est alors aussi simple que possible, elle réalise les conditions dans lesquelles s'opère une appendicite à froid et elle vous met à l'abri des accidents et des complications secondaires.

Elle est très bénigne si on a le soin de la pratiquer avant le développement de la péritonite ou tout au moins quand l'inflammation est encore limitée au voisinage du cœcum.

Les suites en seront heureuses, toutes les statistiques le prouvent; l'enfant n'ayant pas encore eu le temps de s'intoxiquer profondément par les toxines microbiennes, réagira merveilleusement et l'on sait toute la réserve d'énergie qui est en lui. Après avoir échappé tout d'abord aux risques nombreux que lui feraient courir les formes graves d'emblée ou aggravées secondairement, il recueillera ensuite tous les bénéfices de l'opération à froid au point de vue de la rapidité de la guérison et de la solidité de la cicatrice.

Enfin, et ce n'est pas le moindre avantage, il sera dispensé de garder le lit pendant cinq ou six semaines en attendant que l'inflammation veuille bien se refroidir sans qu'on puisse d'ailleurs à ce moment là, affirmer qu'elle l'est réellement.

Les premières opérations d'appendicite et de péritonite appendiculaire ne donnèrent pas les résultats que l'on espérait.

Chez nous, jusqu'en 1900, les quelques cas heureux publiés n'étaient guère que des cas isolés.

Il nous faut citer parmi les opérateurs de la première heure, les noms de Monod, Routier, Quenu, Lucas Championnière, Peyrot, Nélaton et Lejars.

Mais, déjà en 1905, les résultats apportés au Congrès de Bruxelles, surtout par les chirurgiens étrangers, étaient des plus encourageants.

Depuis ce temps-là, des méthodes nouvelles, basées sur les principes généraux de la pathogénie de l'infection et les moyens de défense du péritoine, contribuèrent pour une très large part à améliorer les résultats de l'intervention précoce.

Les statistiques publiées, à ce jour, le prouvent surabondamment.

Kuttener à Breslau, opère de parti pris dans les premières heures.

Il a vu le nombre des péritonites diffuses graves post-appendiculaires tomber, de trente-cinq à huit pour cent, en même temps que la mortalité globale de l'appendicite aiguë tombait de 29,4 à 8,5 0/0.

Günkel, partisan convaincu de l'opération précoce, parvint à faire partager ses idées aux médecins de la contrée où il opérait ; le résultat ne se fit pas attendre, la mortalité de l'appendicite baissa régulièrement d'année en année, d'abord à 10 0/0, elle tomba à 7 puis à 6, à 5 : elle est actuellement à 4 0/0.

Kummel voit également ses statistiques s'améliorer, la mortalité globale tombe à 6,68 puis à 3,9, à 3,5 ; elle était en 1910 à 2,2 0/0.

Depuis, elle s'est améliorée encore et 347 cas opérés dans les quarante-huit premières heures n'ont donné que deux morts, soit 0,5 0/0.

Dans le rapport qu'il fit au Congrès de Chirurgie de Paris en 1911, Témoin de Bourges, dit en propres termes :

« J'ai toujours opéré, toutes les appendicites quel que fut le jour de leur début et de 1900 à 1911, j'ai opéré 2167 appendicites dont 1442 à chaud.

De ces dernières, moins de 50 furent opérées dans les 30 premières heures et 200 dans les deux premiers jours, le reste après 3 jours.

Des 1442 à chaud, 778 furent opérées sans drainage, les lésions étant limitées à l'appendice et je n'ai eu que trois morts.

664 durent être drainées et j'ai eu 43 morts, mais 448 furent drainées sans qu'il y eut infection libre et je n'ai eu que 4 morts.

184 étaient en péritonite libre plus ou moins généralisée et j'ai eu 39 morts soit 22 0/0.

Tous les malades qui étaient en péritonite, sauf une vingtaine d'exceptions, avaient été victimes de la temporisation ».

Körte, perdait en 1900, 77 0/0 de ses opérés, mais tous ses malades étaient opérés plus de quatre jours après le début des accidents.

En 1910, sur 19 opérés, un seul le fut le 4^e jour et il ne perdit qu'un malade.

Walther dans le rapport qu'il fit il y a deux ans à Budapest sur le traitement opératoire précoce de l'appendicite donnait sa statistique personnelle.

Il notait 11 opérations dans les 24 heures sans mortalité ; 6 opérations de 24 à 36 heures avec 1 mort : 4 opérations de 36 à 48 heures avec 3 morts ; 5 opérations de 48 à 72 heures avec 2 morts. Et il ajoutait en 1911 :

« Depuis cette époque, je n'ai encore jamais perdu de malade opéré dans les 36 premières heures ».

Sur 26 cas cités par Kirmisson, il n'y eut que 7 guérisons, et c'étaient ceux où l'on avait opéré à chaud (Appendicite dans le tout jeune âge).

Statistique de Noetzel.

127 opérations dans les 3 jours, 32 morts, 18 0/0 ;
181 opérations après 3 jours, 79 morts, 43 0/0.

Statistique de Rotter.

149 opérations précoces, 14 morts, 9,4 0/0 ; 177 opérations tardives, 93 morts, 52 0/0.

Garré sur 27 cas a :

7 opérés, 48 premières heures, 1 mort, 14 0/0 ; 20 opérés après 58 premières heures, 2 morts, 10 0/0.

La statistique de Cazin est tout aussi édifiante.

Les 150 opérations d'appendicite qu'il a pratiquées dans ces dernières années, comprennent 102 interventions à froid avec 102 guérisons et 48 opérations à chaud dont 10 précoces avec 10 guérisons et 38 tardives avec 30 guérisons et 8 morts.

Parmi les interventions précoces 4 ont été faites dans les 20 premières heures, 4 dans les 36 premières heures, 1 à la 42^e heure, 1 à la 52^e heure.

Les deux dernières, dit-il, ont seules nécessité, un drainage de 15 à 20 jours et les 8 autres interventions ont été suivies d'une guérison aussi rapide qu'après une opération à froid.

Dans six cas, j'ai pu constater des lésions de péritonite diffuse plus ou moins étendues, sans adhérences, avec perforation de l'appendice nettement effectuée. Dans trois cas, les lésions péritonéales étaient tout à fait localisées. Dans un seul cas, le péritoine était réellement indemne malgré la lésion appendiculaire indiscutable. Dans aucun de ces cas par conséquent, je n'ai eu à regretter d'avoir opéré trop tôt tous les malades ayant guéri sans le moindre incident. Par contre, les huit cas de mort ont été observés à la suite d'opération pratiquée du 13^e au 14^e jour et dans tous ces cas, je n'ai pu que regretter d'être intervenu trop tard.

Savariaud, dans son service de l'hôpital Trousseau, s'est bien trouvé d'opérer les enfants sans attendre.

Il a coutume d'intervenir séance tenante quand les enfants sont apportés dans son service, en vertu de ce principe que, lorsqu'une appendicite commençante est livrée à elle-même, on ne sait jamais comment elle finira.

La mortalité qui était de 32 0/0 avec l'ancienne méthode tomba à 18,10 et 15 0/0 les trois années suivantes.

En 3 ans, sur 42 opérations précoces il n'a eu aucun décès.

Et il conclut : « La question me paraît donc jugée, il y a tout avantage à faire l'opération précoce à condition, naturellement, que le diagnostic soit certain, ou tout au moins infiniment probable. »

C'est également l'opinion de Hartmann et de Lecène.

41 péritonites d'origine appendiculaire leur ont donné en chiffres bruts, 31 guérisons et 15 morts, soit 32,5 0/0 de mortalité.

Mais dit Lecène, si on analyse ces chiffres le résultat est bien plus intéressant.

15 malades ont été opérés dans les 36 premières heures à compter du début des accidents.

Tous ces malades sans exception ont guéri, 10 malades ont été opérés au bout de 48 heures après le début des accidents ; 9 guérisons, 1 mort (10 0/0) ; 9 malades opérés au bout de 3 jours ont donné 5 guérisons, 4 morts (45 0/0).

4 malades ont été opérés au bout de 3 jours et demi avec 2 guérisons, 2 morts (50 0/0).

8 malades opérés au bout de 4 jours ou davantage sont tous morts (100 0/0).

Cette statistique est faite pour toutes les opérations en général, aussi bien adultes, qu'enfants.

Toutes ces statistiques accumulées nous montrent bien l'importance du diagnostic et les résultats favorables de l'intervention précoce.

Les chiffres ont une autorité qu'on ne peut contester ; mieux que de longues théories, d'interminables discussions, ils prouvent que le vrai traitement de l'appendicite est le traitement opératoire précoce. Depuis quelques années, un mouvement se dessine nettement en faveur de l'intervention dans les premières heures. Et si nous avons vu le traitement médical défendu par quelques-uns de nos maîtres, médecins et chirurgiens estimés, à juste titre, il nous est facile de leur opposer toute une pléiade de partisans convaincus de l'opération hâtive ; leur nombre s'accroît chaque jour.

Reclus, dès 1899, partant de la formule « radicale » de ceux qui préconisaient déjà l'intervention disait : « Je reconnais que cette formule est peut-être à cette heure la plus raisonnable, celle qui évitera le mieux les catastrophes vu l'impossibilité pour la clinique actuelle de prévoir à ses débuts la marche certaine de l'appendicite quelle qu'elle soit. »

Pour Chaput, toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, puisque cette opération précoce, peut seule sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr.

Certains chirurgiens, dit Segond, prétendent qu'on opère trop les appendicites : or je suis convaincu qu'on ne les opère jamais assez... j'ai vu les désastres que peut entraîner la temporisation, je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt.

Hartmann, en 1900, affirmait déjà courageusement ses convictions : « Au début d'une appendicite notre devoir est d'agir chirurgicalement. Si j'avais une appendicite, je me ferais opérer non dans les 24 heures, mais dans les 12 premières heures.

Son opinion n'a pas changé, et les nombreux cas qu'il a observés et opérés n'ont fait que le confirmer davantage dans cette voie.

Au Congrès de Chirurgie de Paris en 1911, dans son remarquable rapport sur le traitement des péritonites aiguës d'origine appendiculaire il écrivait : « Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une appendicite aiguë chaude, lorsqu'il existe de la fièvre, de la douleur iliaque, de la défense musculaire, nous prenons immédiatement le bistouri et jusqu'ici nous n'avons pas vu un malade succomber à ces interventions précoces... »

Nous sommes convaincus que si nos collègues, au lieu de discuter sur les cas, de les suivre, matin et soir prêts à opérer aux premiers symptômes alarmants, considéraient l'appendicite aiguë chaude comme une maladie à opérer immédiatement, au même titre que la hernie étranglée, si cette notion pouvait pénétrer dans la masse des médecins imbus de cette idée fausse qu'il faut être opportuniste, s'ils pratiquaient l'opération au moment réellement opportun c'est-à-dire au moment où les lésions sont encore limitées à l'appendice et aux parties immédiatement avoisinantes, on n'aurait plus à enregistrer une mortalité aussi considérable que celle que nous voyons aujourd'hui à la suite du retard apporté à l'intervention.

En présence d'une appendicite qui évolue, le plus savant d'entre nous est encore incapable de savoir ce qui va se passer.

Plus loin, il revenait encore sur cette même idée qu'il martelait davantage pour mieux la faire comprendre.

Le jour où nos collègues médecins seront convaincus, le jour où ils feront un diagnostic rapide, suivi d'une intervention immédiate on ne verra plus ces péritonites graves, ces accidents de suppuration prolongés ces complications infectieuses à distance, qui aujourd'hui encore viennent assombrir dans des proportions trop considérables le pronostic de l'appendicite.

Témoin, de Bourges, est tout aussi catégorique.

Le médecin convaincu qu'il peut, qu'il doit attendre, qu'il ne doit conseiller l'opération qu'après la cessation des phénomènes aigus s'expose chaque jour à voir tourner mal une appendicite qui, opérée plus tôt, aurait certainement guéri.

Potherat s'élève avec force contre le traitement médical.

... L'opium à l'intérieur, la glace sur le ventre ont-ils plus d'efficacité? Nullement l'opium qui a une « vertu dormitive » calme les douleurs en immobilisant l'intestin, la glace arrive à un résultat analogue par analgésie, mais, ni l'opium ni la glace n'agissent sur l'infection elle-même, ils ne peuvent donc n'en arrêter, ni en combattre le développement.

En résumé, le traitement médical est un traitement palliatif... mais ce n'est pas une thérapeutique vraiment curative.

Thierry avoue tout d'abord qu'il n'a jamais rien obtenu des moyens médicaux, purgatifs, lavages rectaux ou de l'estomac, chauffage ou réfrigération de l'abdomen, et seule d'après lui, l'intervention chirurgicale précoce peut sauver le malade.

Nous pourrions citer bien d'autres opinions de maîtres réputés qui tendent toutes vers le même but, c'est-à-dire que l'opération précoce est non seulement efficace mais encore indispensable si l'on veut mettre de son côté, et du côté de l'enfant toutes les chances de guérison.

A quoi bon? La cause nous paraît suffisamment jugée et nous ne pourrions convaincre davantage ceux qui nous écoutent.

Nous terminerons ce trop long exposé par ces quelques lignes de Lecène qui traduisent admirablement notre pensée intime, notre conviction profonde :

« ... Pour le cas particulier, de péritonite appendiculaire je suis convaincu que la funeste doctrine de la tempo-

risation, qui a été depuis une dizaine d'années si malheureusement répandue dans le public médical français, est la grande cause de nos insuccès encore si fréquents dans le traitement des péritonites appendiculaires.

Attendre que le malade présente le tableau classique complet de la péritonite dite généralisée pour l'amener au chirurgien, c'est une erreur grossière et le plus souvent fatale au malade. C'est dans les 24 ou 36 premières heures qu'il faut opérer la péritonite appendiculaire alors qu'elle est encore limitée à la fosse iliaque droite et au Douglas. Les succès constants que donnent les interventions pratiquées très précocement dans ces cas devraient pourtant sembler-il entraîner la conviction de tous, médecins et chirurgiens, et supprimer une fois pour toutes les interminables discussions sur le meilleur traitement de l'appendicite aiguë avec réaction péritonéale »?.

En résumé, si nous laissons de côté les crises extrêmement légères et de très courte durée, la colique appendiculaire, par exemple ainsi que les cas dans lesquels le diagnostic est trop incertain pour qu'on puisse intervenir, il nous est permis d'affirmer que l'opération précoce pratiquée le plus près possible du début est le traitement idéal de l'appendicite.

Les résultats obtenus nous donnent la conviction absolue « qu'on ne doit pas mourir d'appendicite » ainsi que le proclamait déjà Dieulafoy.

Nous ne pourrions en dire autant du traitement médical. Nous avons vu combien il était difficile d'établir pour les cas médicaux une statistique rigoureusement juste et c'est dommage, car elle ne pourrait être que désastreuse et venir ainsi à l'appui de notre thèse.

On a pu affirmer bien des fois avec de sérieuses raisons que l'opération précoce n'avait jamais tué personne, on peut se repentir d'avoir opéré trop tard mais jamais on ne

regrettera d'avoir opéré trop tôt. Il est facile, en effet, de citer des faits qui malheureusement ne sont pas rares et dans lesquels la mort a été indiscutablement le résultat de la temporisation même avec le traitement médical le plus rigoureux.

Opérons, intervenons dès les premières heures : tous nos efforts doivent tendre à habituer le public médical à cette idée à persuader les parents, à les convaincre des bénéfices immenses de l'opération faite dès le début.

Allons-nous opérer tous les malades atteints d'appendicite quel que soit le jour où l'on nous fera appeler, quelles que soient les complications survenues : péritonite purulente ou péritonite septique ?

Nous n'hésitons pas une seconde à répondre qu'à moins de mort imminente nous ne devons jamais reculer devant une opération. Nous n'avons pas à nous préoccuper de savoir si oui ou non, elle nous fera honneur, si elle restera comme le témoignage vivant de notre science et de notre habileté. Périssent les statistiques trop optimistes plutôt que de perdre des malades qu'on a chance de sauver encore.

Car cette intervention à « *in extremis* » donne parfois des guérisons merveilleuses et assez nombreuses pour ne pas désespérer.

Comme l'a dit le professeur Delbet, le malade n'a rien à perdre à cette opération et, pour rarissime qu'il soit dans ces conditions, le succès n'est pas absolument impossible. Notre rôle de thérapeute est bien petit comparé au rôle moral que nous devons jouer. Pour beaucoup de malades, nous représentons la force, la confiance. Et de ne nous voir jamais désespérer, mais toujours lutter, ils reprennent courage, retrouvent en eux une nouvelle énergie et nous savons combien grande est parfois l'influence du moral sur le physique.

Si même par notre opération nous n'avions obtenu qu'un soulagement moral ou momentané ne le regrettons pas. Malgré tout nous avons fait œuvre utile et bonne : « Ouvrir, écrivait Lejars, c'est soulager ; ce n'est peut-être pas de la chirurgie, c'est au moins de l'humanité ».

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

DANS LES APPENDICITES AIGUES SIMPLES

OU AVEC RÉACTION PÉRITONÉALE

Il nous reste maintenant à aborder le côté réellement pratique de la question, le plus intéressant aussi, au point de vue des résultats qu'il pourra nous donner.

Ce petit malade, chez qui nous avons fait le diagnostic d'appendicite et chez qui nous avons décidé l'intervention précoce, comment allons-nous l'opérer?

Il est bien entendu qu'il s'agit d'une intervention précoce c'est-à-dire faite dans les trente-six ou quarante-huit premières heures. L'infection est encore localisée à la zone appendiculaire ou elle a commencé déjà à se généraliser.

Nous n'avons pas à entrer dans les nombreuses discussions que l'on a soulevées sur les différents procédés de la technique opératoire. Là encore les avis sont partagés, les opinions divergent sur bien des points. Qu'il s'agisse du traitement pré-opératoire, de l'opération elle-même ou des soins consécutifs, on a mis en avant bien des théories, on a préconisé bien des méthodes, nous n'avons ni à les exposer, ni à les combattre et nous nous en tiendrons à celle qui nous a paru la plus simple, la plus rationnelle.

Dans le cas qui nous occupe il faut ordinairement aller vite ; pressé par le temps, talonné par les conséquences désastreuses qui peuvent résulter du moindre retard, le chirurgien ne peut se payer le luxe de préparer longuement son malade.

Il sera bon cependant de remonter l'état général, plus

ou moins atteint, plus ou moins intoxiqué; on y parviendra par les diverses injections en usage : sérum physiologique, huile camphrée, au besoin strychnine. Des vomissements fréquents et abondants composés d'aliments ou d'un liquide verdâtre peuvent dans certains cas gêner l'anesthésie; ils peuvent causer par le rejet de ces aliments ou de ces liquides dans les voies aériennes de sérieuses complications souvent mortelles.

Il sera prudent dans ces cas là de faire préalablement un lavage de l'estomac. Sinon point n'est besoin de perdre du temps à des soins de propreté trop longs et trop minutieux. Depuis quelques années déjà on se contente non seulement dans les opérations d'urgence mais encore dans toutes les opérations prévues et faites en temps voulu de badigeonner la peau à la teinture d'iode ; c'est là un procédé excellent de désinfection, il a fait ses preuves et sa simplicité le met à la portée de tous .

Pour éviter une action caustique trop prolongée ou trop intense, il suffira d'enlever ensuite l'excès de teinture d'iode pour un lavage rapide à l'alcool.

Certains chirurgiens ont discuté sur le mode d'anesthésie à employer, préconisant tour à tour la rachi-anesthésie, la cocaïne, l'éther. Nous avons vu dans le service de notre maître M. Savariaud faire un usage constant du chloroforme sans qu'il y ait jamais d'accidents ; il nous paraît être pour le moment l'anesthésique de choix.

Quand nous incisons la paroi abdominale, nous devons avoir en vue d'arriver le plus directement possible sur le siège de la lésion : c'est dire que nous ferons notre incision latérale. Elle nous permet une recherche facile de l'appendice et limite le traumatisme péritonéal. Nous la ferons verticale de huit centimètres de longueur environ sur le bord externe des droits. En passant dans les interstices aponevrotiques, en ne sectionnant aucun muscle nous nous

exposerons ainsi beaucoup moins à l'infection de la paroi et aux éviscérations consécutives.

Cependant, en cas de diagnostic incertain, il sera bon de se faire du jour. Nous ferons une laparotomie médiane. Nous pourrons ainsi plus facilement examiner toute la cavité péritonéale et les organes qui y sont contenus. Nous pourrons ainsi par cet examen redresser notre erreur de diagnostic ou confirmer notre hypothèse.

Si l'infection appendiculaire s'est généralisée à tout le péritoine, il ne faudra pas craindre de faire de longues et multiples incisions, car l'important dans ce cas là est de pouvoir drainer très largement. Elles sont ordinairement au nombre de trois : une médiane, deux latérales que l'on fait dans le flanc droit et dans le flanc gauche ; quelques chirurgiens ne craignent pas de faire des contre ouvertures jusque dans le rectum, le périnée ou la voie lombaire. Au cours de l'opération il ne faudra pas négliger d'explorer le cul-de-sac de Douglas, on le trouve souvent rempli de pus.

Il est tout naturel d'enlever l'appendice quand on opère dans les toutes premières heures, quand la réaction péritonéale n'a pas encore eu le temps de se produire ou de se généraliser mais si nous tombons en pleine péritonite appendiculaire quelle va être notre manière d'agir ?

Loison en 1895, Jalaguier en 1898, ne jugeaient pas nécessaire l'ablation systématique de l'appendice. Aujourd'hui tous les chirurgiens avec quelques réserves sont plus ou moins d'accord pour l'enlever dans tous les cas, sauf bien entendu dans ceux où il y a impossibilité matérielle à le faire, quand par exemple l'appendice gangrené et déliquescent ne peut être attiré au-dehors sans qu'il se rompe, ou bien encore quand il faut aller très vite, et qu'il y aurait danger de mort à prolonger outre mesure l'opération.

Cette conduite nous paraît être la plus sage, la plus rationnelle à tenir.

L'appendice n'est en somme que la source, le réservoir ou plutôt le déversoir des liquides microbiens.

Faire la laparatomie, drainer, tout en laissant la cause productrice de l'infection, c'est permettre à l'ensemencement de se continuer, c'est ajouter un traumatisme à l'affection première, c'est faire, en un mot, une opération souvent inutile quelquefois nuisible et dans tous les cas illogique.

L'enlever au contraire, c'est arrêter le processus inflammatoire, c'est débarrasser l'organisme d'une source d'intoxication, c'est supprimer les suppurations interminables qui affaiblissent le malade et font de lui une proie facile pour toutes les infections secondaires dont elles peuvent favoriser l'éclosion ou le développement.

Kotter montre que de 1905 à 1910 la mortalité dans ses opérations d'appendicite est tombée de 17 à 10 0/0 pour les opérations précoces, de 77 à 50 0/0 pour les opérations tardives et il attribue sans hésitation cette amélioration à ce qu'il enlève maintenant toujours l'appendice.

Les premiers opérateurs ajoutaient une grande importance à l'évacuation des liquides épanchés dans l'abdomen. Nous avons vu avec quel soin ils lavaient, essuyaient tous les coins et recoins de la séreuse, traumatisant ainsi le péritoine et rendant l'intervention plus dangereuse encore que l'abstention.

Cette manière de faire est complètement délaissée aujourd'hui ; on connaît mieux les moyens de défense naturels de péritoine, on sait qu'il joue un rôle phagocytaire et on ne cherche plus à poursuivre dans les moindres recoins les produits infectieux. On a reconnu, en effet, que l'une des conditions principales pour rendre l'intervention bonne et utile était d'être courte et de ne pas exposer les malades à un choc trop violent.

D'ailleurs les idées modernes ont modifié étrangement, bouleversé même les diverses théories que l'on avait émises sur la valeur du pus, sur le rôle qu'il pouvait jouer dans l'inflammation.

On en faisait volontiers la cause de toutes les complications, il est au contraire le plus souvent pour nous un auxiliaire et dans tous les cas un produit des éléments de défense.

On le couvrait de toutes les malédictions, en réalité il indique qu'il y a infection mais il n'est pas l'agent de l'infection.

Nous avons déjà signalé ailleurs son importance, nous savons, en effet, que les péritonites purulentes généralisées quoique d'un pronostic grave n'étaient pas forcément mortelles. Il n'en est pas de même de la péritonite septique où la défense n'a pu se constituer, où le pus n'a pu se former. Aussi ne voyons-nous aucun inconvénient sérieux à laisser dans le ventre quelques cuillerées de pus, pourvu que la cause d'infection soit supprimée.

En Allemagne surtout on a préconisé de grands lavages de la cavité abdominale et l'on a employé tour à tour le sublimé, l'acide salicylique, l'acide phénique, l'eau oxygénée l'eau salée.

Il nous semble dangereux de faire intervenir dans la toilette du péritoine ces diverses substances dont certaines sont déjà toxiques par elles-mêmes ; aussi quand on sera amené malgré tout à le faire, mieux vaudra employer tout simplement des solutions salines chaudes.

On a pratiqué un moment l'éviscération dans le but de mieux laver, d'essuyer même l'intestin avec de la gaze : certains chirurgiens la préconisent et l'emploient encore aujourd'hui. Ce procédé quelque peu barbare nous paraît formellement contre-indiqué ; cette manœuvre prolonge l'opération, nécessite trop souvent des manipulations

longues et délicates et exposent l'intestin au traumatisme.

Certains chirurgiens ont cherché à diminuer le pouvoir de résorption de la séreuse péritonéale en même temps qu'ils essayaient de soutenir l'état général. Ils injectaient pour cela de l'huile camphrée dans la cavité péritonéale. Nous avons déjà parlé de ce procédé et nous avons dit à ce moment là ce qu'il fallait en penser.

D'autres, dans le but d'exalter les moyens de défense locale et générale de l'organisme, de diminuer la virulence des anaérobies ont fait passer un courant d'oxygène dans la cavité péritonéale à travers les drains.

Nous avons vu essayer ce procédé chez un enfant de dix ans, opéré pour une forme grave de l'appendicite. On comptait sur un succès, l'enfant est mort, malheureusement quatre jours après l'opération.

Il est de règle de drainer les appendicites opérées à chaud, nous en avons vu nous-mêmes les bons résultats et nous sommes partisans de cette méthode. Cependant nous ne pensons pas qu'il faille multiplier les drains ou les laisser trop longtemps. On ne peut d'ailleurs penser évacuer grâce à eux le contenu purulent ou septique. Les pansements qui les recouvrent sont rapidement secs et les drains sont trop souvent la cause d'irritation, de fermentations putrides en même temps qu'ils semblent canaliser vers la cavité péritonéale les infections exogènes. Delbet a d'ailleurs montré que des adhérences se formaient rapidement au pourtour du tube.

Quoiqu'il en soit on rejettera d'une façon absolue les drains rigides qu'ils soient en caoutchouc durci, en verre ou en métal.

Il faut les employer souples; les gros drains en caoutchouc rigide à biseau tranchant ont souvent ulcéré les vaisseaux iliaques ou l'intestin, créant ainsi des hémorragies

mortelles des septicémies redoutables ou des fistules stercorales interminables.

Il ne faudra pas craindre d'en mettre dans toutes les contre-ouvertures. Il y a plusieurs modèles de drains depuis les simples bandelettes de gaze jusqu'aux tentes de Gibson ou aux drains à armature métallique de Ricard. Les drains-cigarettes de Goldmann nous paraissent préférables.

Les drains mis en place il nous semble plus avantageux de refermer presque complètement et hermétiquement la paroi abdominale, on évitera ainsi d'une manière immédiate les hernies de l'intestin au milieu du pansement et plus tard les éventrations.

Dès que l'opération est terminée, on reporte le malade dans un lit bien chauffé et on le met en position demi-assise, c'est ce qu'on appelle la position de Fowler. Elle est employée depuis une douzaine d'années et les chirurgiens l'ont à peu près universellement adoptée aujourd'hui.

D'après Fowler, la tête du lit doit être élevée de 35 à 40 centimètres au moyen de cales, et pour s'opposer au glissement du malade il suffit de mettre sous les cuisses un coussin roulé. On a fabriqué des quantités d'appareils pour faciliter l'emploi de cette position mais beaucoup de chirurgiens se contentent de soulever et de soutenir le malade au moyen d'oreillers placés sous ses épaules.

Nous savons que l'on a partagé la cavité abdominale en trois régions étagées; la région supérieure est la plus dangereuse car c'est celle où la résorption se fait le plus vite.

Cette méthode, comme l'a dit Gibson a pour but de protéger justement cette région dangereuse, elle diminue l'intoxication, met le plexus solaire à l'abri de l'infection, s'oppose à la paralysie du diaphragme et facilite grandement le jeu de la respiration. On a prétendu qu'elle

était intolérable pour les malades ; cela nous paraît quelque peu exagéré car les malades chez qui on l'a employée une fois se rendent bien compte du bénéfice qu'ils en retirent et sont les premiers à la redemander.

La position de Fowler permet aussi, en obligeant le pus de se collecter dans les parties basses de la cavité péritonéale, d'établir un drainage efficace.

Nous ne parlerons pas de la valeur bien connue et des réels avantages pour le malade des injections de sérum physiologique ou des diverses injections médicamenteuses ; caféïne, huile camphrée, etc., très utiles pour relever l'état général, soutenir les forces du malade, lui permettre de rétablir son équilibre physiologique ; il n'est pas un chirurgien qui ne les ait déjà employées, qui ne soit disposé encore à s'en servir.

Mais elles ne sont pas sans inconvénients surtout celles de sérum physiologique que l'on est parfois obligé de répéter à plusieurs reprises : elles sont souvent douloureuses et par la douleur qu'elles provoquent font crier l'enfant, lui font mobiliser son intestin, sont une cause d'agitation.

On pourra les remplacer avantageusement par la grande irrigation rectale continue et goutte à goutte suivant la méthode de Murphy. Son double but est de lutter tout d'abord contre l'absorption du péritoine, contre l'infection intestinale ensuite.

La rétention des matières et des gaz causée par la paralysie de l'intestin est trop souvent comme nous l'avons vu une cause de fermentation putride. Le malade intoxiqué déjà par les microbes absorbés au niveau de la séreuse péritonéale l'est encore par les produits nocifs de l'intestin élaborés et exaltés par leur rétention en cavité close.

De plus, pour Murphy, l'eau absorbée par la voie rectale produit un courant contraire au courant lymphatique, les rôles sont interchangeés et la séreuse péritonéale au lieu

d'absorber secrété, elle déverse tout en se lavant le liquide de l'irrigation.

Cette irrigation a d'ailleurs l'avantage de diluer les produits toxiques de l'intestin et de diminuer ainsi la virulence des germes. Tous les chirurgiens qui l'ont employée ont constaté ses résultats merveilleux parfois miraculeux.

Elle stimule le cœur, remonte le poulx, calme la soif et augmente la diurèse dans des proportions parfois remarquables. Il ne faut pour cela que réaliser une seule condition, le liquide doit pénétrer très lentement et sous basse pression sans jamais dépasser un litre à l'heure.

La technique est fort simple : le malade est déjà en position demi-assise ce qui favorise l'entrée dans l'anus d'une canule à petit débit : le bock est élevé à quelques centimètres au devant de l'orifice anal et il doit contenir du sérum chaud à 38°. On a préconisé différents moyens pour le maintenir toujours à cette même température, il serait trop long de les exposer et nous les laissons à la sagacité du chirurgien.

Murphy emploie une solution de 7 grammes de chlorure de sodium et de 7 grammes de chlorure de calcium pour 1.000 grammes d'eau ; il en fait passer de 9 à 10 litres par 24 heures.

L'injection dure deux heures, on interrompt deux heures et cela pendant deux ou trois jours.

Les résultats inespérés que l'on obtient par ce procédé sont bien faits pour donner confiance.

On a vu des malades considérés comme perdus se remonter rapidement, en quelque sorte ressuscités par ce traitement.

Il est inutile de défaire trop tôt le pansement que l'on a fait après l'opération, on laisse le temps aux adhérences de se créer.

On est frappé de voir l'amélioration rapide de l'état de

l'enfant, quelques jours à peine suffisent pour le transformer complètement, il est aussi vite remonté que tombé et la convalescence se fait beaucoup mieux, beaucoup plus rapidement que chez les adultes. On aura soin, au cas où l'on aurait mis des drains, de ne pas les laisser trop longtemps en place, on surveillera la courbe de température, elle tombe d'ailleurs très rapidement aussitôt après l'intervention. Si trois ou quatre jours après, elle manifestait une tendance à remonter il ne faudrait pas s'en inquiéter outre mesure; le plus souvent c'est une température d'origine intestinale et il suffira de donner à l'enfant un petit lavement ou un peu d'huile de ricin pour la voir revenir rapidement à la normale.

Voici maintenant franchie notre dernière étape, nous avons suivi la maladie pas à pas, les difficultés du diagnostic ne nous ont pas effrayé, le pronostic sérieux de l'appendicite chez l'enfant demandait un traitement réellement efficace.

L'intervention précoce nous a paru être le seul moyen d'éviter les complications plus ou moins redoutables, souvent mortelles de la maladie. Les quelques observations que nous avons pu relever dans la littérature ou observer par nous-mêmes n'ont fait que nous convaincre davantage et nous pousser plus avant dans cette voie.

Nous pensons toujours, et de plus en plus, qu'il faut éteindre un incendie quelque développement qu'il ait atteint mais surtout à son début; l'effort est moindre, le résultat meilleur.

Enrayer l'appendicite c'est prévenir la péritonite. Le traitement médical n'est pour nous qu'un traitement palliatif, l'opération à froid nous fait courir les nombreux dangers de la phase aiguë, l'opération à chaud mais tardive n'est qu'un pis-aller, c'est une opération que l'on tente mais l'enfant est déjà condamné et presque moribond.

thébaïque : on met de la glace sur le ventre et on condamne la petite malade à une diète hydrique très sévère.

Le docteur Mallein est appelé le 8 septembre : La T = 39°5. Pouls = 100.

Les symptômes au maximum confirment le diagnostic.

On est réellement en présence d'une péritonite généralisée mais quel est son point de départ?

On pense un moment qu'elle est liée à une affection péricéritale, mais on ne trouve rien de ce côté.

La péritonite est déjà généralisée, le maximum des lésions ne semblent pas être à droite, la malade se défend bien avec un pouls à 100, tout autant de raisons pour qu'on s'en tienne à l'expectation armée.

Mais elle eut encore des vomissements porracés et la vessie était paralysée.

On fait venir le docteur Bergalonne de Genève : après avoir examiné l'enfant, il confirme le diagnostic et n'est pas non plus d'avis d'intervenir.

Electrargol 10^{cm}.

Badigeonnages de la paroi à l'ichthyol.

Le 10 septembre, le pouls est à 108 : mais la température sous l'influence de l'électrargol n'est plus qu'à 37°6.

Il y a toujours des vomissements porracés : on doit cathétériser l'enfant.

Le 11 au matin, apparaissent les premiers gaz par l'anus, et l'enfant urine spontanément.

T : 38°. Pouls = 100.

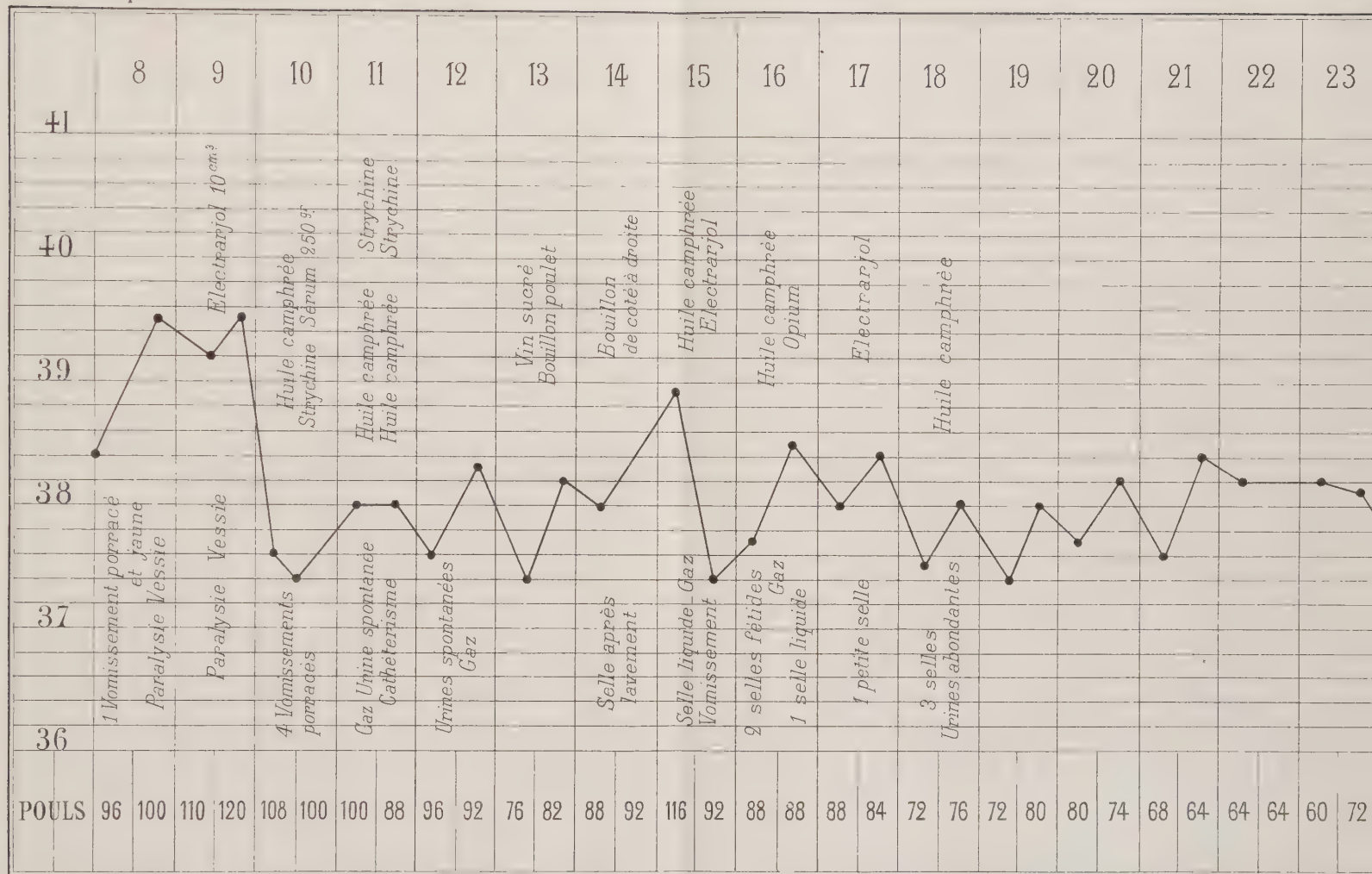
Injections d'huile camphrée et strychnine.

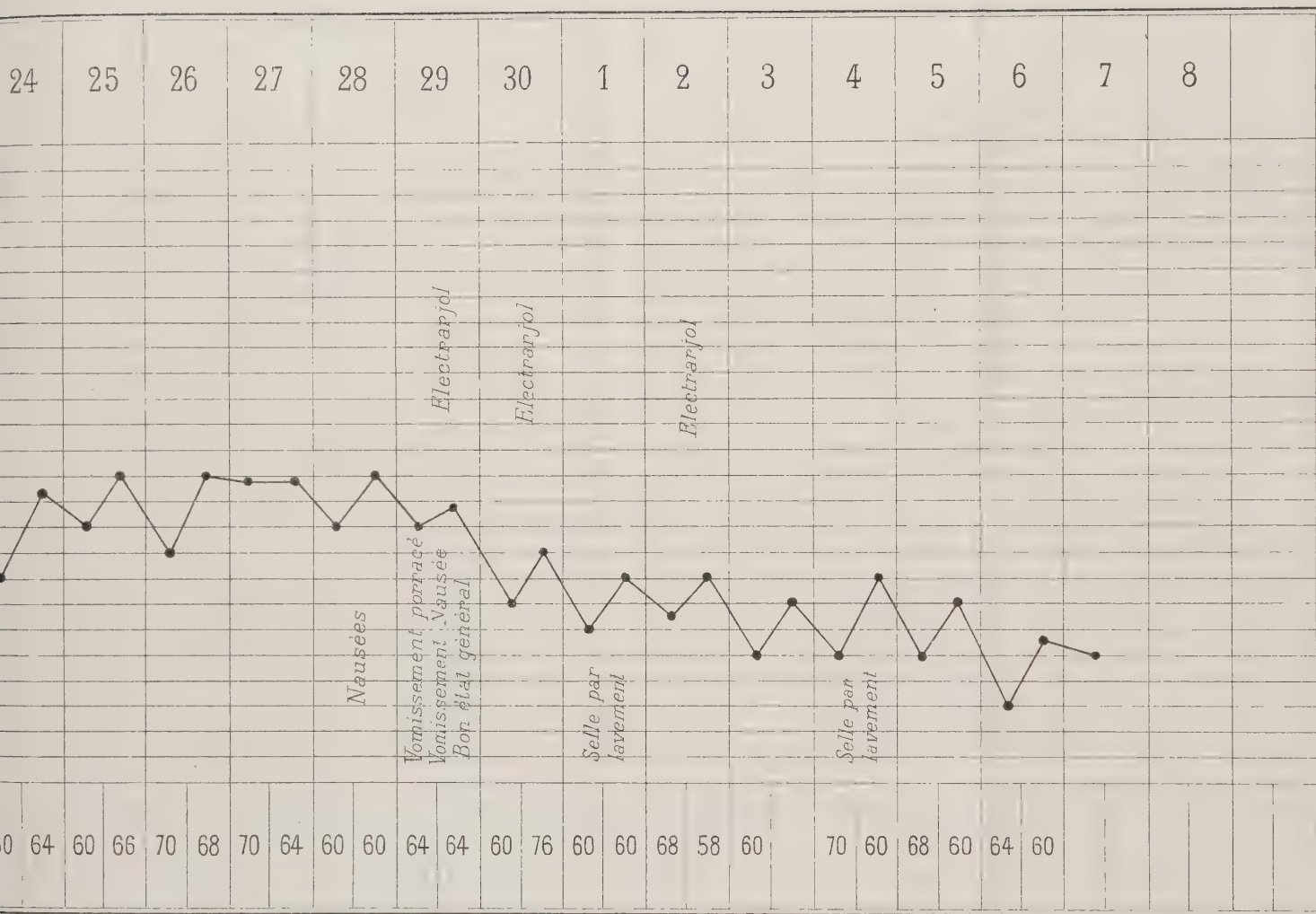
Les jours suivants, la température parvient à baisser après avoir longtemps oscillé autour de 38°.

Le pouls a suivi une marche parallèle et se tient entre 80 et 100.

Mais le 21 septembre, il descend à 60 : et la température remonte à 38°4.

Septembre 1911





Le pouls est dicrote.

On soulève l'hypothèse rétrospective d'une appendicite éberthienne, avec début par péritonite d'une fièvre typhoïde : mais cette hypothèse n'a pu être confirmée et l'on s'en tient à une péritonite d'origine appendiculaire due à une purgation intempestive.

L'évolution ultérieure de la maladie devait prouver que ce diagnostic était vrai.

Le 28 septembre, les vomissements porracés qui avaient disparu reparaissent.

T = 38°. Pouls = 60.

La percussion montre une hypertrophie nette de la rate.

Le Dr Bergalonne revoit la malade : l'état général est moins bon, le facies un peu plus grippé.

Mais tous ces symptômes se calment rapidement.

On refait de nouvelles injections de collargol.

Et enfin le 6 octobre, T = 36°8, Pouls reste lent à 60 et la malade entre en convalescence,

Mais l'année suivante, toujours aux vacances, l'enfant revient du lycée d'Annecy où elle poursuivait le cours de ses études.

Fatiguée par le séjour à la ville, un peu anémiée par la croissance, elle inquiète ses parents qui n'ont cessé de la voir manger pour se rétablir et on la soumet à une alimentation excessive.

Cette suralimentation ne devait pas tarder à donner les résultats les plus désastreux.

15 jours après son retour de l'école, l'enfant est réveillée brusquement à 6 heures du matin par une douleur atroce siégeant au point de Mac Burney : nausées, rapidement suivies de vomissements.

On appelle le médecin à 6 h. 1/4.

Mais le facies est déjà plombé, les yeux brillants, l'an-

goisse extrême, la soif ardente, le pouls hypotendu. Il faut agir vite.

A 7 heures, dès l'ouverture du bureau téléphonique, on appelle le docteur Bergalonne.

A ce moment le facies est déjà notablement plus terreux : le pouls sans être filiforme est plus misérable.

Aucune défense de la paroi.

Aucune réaction. $T = 38^{\circ}$.

Douleur nette au point de Mac Burney.

Le chirurgien n'arrive qu'à midi.

A ce moment, le pouls est à peine sensible, mais l'intelligence garde toute son intégrité.

Le facies est plombé, et donne l'impression que la malade n'a plus que quelques heures à vivre.

On opère aussitôt.

On trouve quelques cuillerées d'un pus couleur bouillon sale, sans grande odeur.

Pour ne pas prolonger l'opération, on se garde d'aller à la recherche de l'appendice et on se contente au catgut de faire 2 ou 3 points pour faciliter les adhérences de l'intestin et de la paroi.

On draine très largement.

Les suites de l'opération furent simples et étonnèrent tout le monde.

48 heures après l'intervention, il s'écoule par le drain, une sérosité fétide, des tissus sphacèles et un peu de matières stercorales.

4 jours après, la malade était toujours là et commença à se rétablir rapidement.

Le pouls revient à la normale en quelques jours, ainsi que la température.

La suppuration de la plaie se tarit rapidement et il ne resta plus comme traces de cette difficile et dangereuse intervention qu'une petite fistulette.

Au milieu de l'hiver 1912, la malade put se rendre à Genève.

On fit alors l'appendicectomie et on sutura sans drainage.
Cette opération n'eut pas d'histoire.

OBSERVATION II (PERSONNELLE).

Charles M..., 8 ans, Vincennes.

Aucune maladie antérieure : on relève seulement une très forte constipation : les parents ont employé un peu tous les moyens (lavements glycérinés, infusion de bourdaine, thaolaxine).

Le mardi 6 juin 1912, l'enfant revient de l'école en pleurant : il se plaint d'avoir été frappé par un de ses camarades. De violentes coliques lui font pousser des cris : il vomit le déjeuner de midi. Puis l'enfant soulagé s'endort : les parents attribuent la cessation des douleurs aux frictions d'alcool camphré qu'ils ont fait sur l'abdomen.

L'enfant a un deuxième vomissement au milieu de la nuit, très amer, paraît-il ; les parents ne l'ont pas gardé.

Le lendemain, le petit garçon à une figure palotte, les yeux cernés, les mains brûlantes : il ne se plaint plus du ventre, mais seulement d'une assez violente céphalée. Les parents décident de ne pas l'envoyer à l'école et l'amélioration ne se produisant pas, envoient chercher le médecin, le mercredi à 4 heures de l'après-midi.

Nous sommes frappés de l'état de pâleur et de l'aspect cyanotique de l'enfant : la température est à 38°2 : le pouls à 100 : nous demandons à l'enfant de nous montrer l'endroit où il souffre : il ne répond pas et réclame seulement à boire en pleurant.

Mais l'examen de l'abdomen nous montre une résistance surtout marquée à droite : la peau nous paraît plus sensible au pincement sans que nous puissions affirmer nettement le point de Mac Burney.

Le toucher rectal ne donne que des renseignements très incertains.

Nous portons le diagnostic d'appendicite : et nous mettons l'enfant à une diète hydrique rigoureuse (une cuillerée à café d'eau de Vichy toutes les heures) : glace sur le ventre.

Nous revoyons l'enfant le lendemain matin à la première heure : la nuit a été très mauvaise, l'enfant n'a pas dormi du tout et a eu encore deux vomissements, les parents malgré notre recommandation, les ont jetés : ils nous racontent cependant que le dernier ressemblait à du chocolat délayé.

La température est à 38°5 ; le pouls à 135, dépressible. Il semble qu'il y ait des faux pas, l'auscultation du cœur est **négative en dehors de la tachycardie**.

Nous parlons immédiatement opération : les parents après s'être longuement débattus, consentent enfin à l'intervention.

Le chirurgien appelé à 9 heures arrive à 10 h. 1/2 et on opère séance tenante l'enfant.

Incision oblique en dedans de l'épine iliaque, à l'ouverture du péritoine, une petite quantité de liquide séreux s'écoule et vient mouiller le champ opératoire, le cœcum est congestionné, mais libre d'adhérences : on le mobilise et aussitôt un flot de pus jaillit sous nos doigts, odeur légèrement fétide, quelques grumeaux.

L'appendice est tout à fait rétro-cæcal et en position supérieure, nous avons beaucoup de peine à l'attirer à nous : il est perforé à son tiers inférieur, rouge et turgescent dans tout le reste, sauf aux abords de l'orifice où il a un très vilain aspect grisâtre.

Résection au thermo-cautère.

Nous épongeons un peu le douglas rempli de pus.

Trois drains : deux en bas, un derrière le cœcum.

Après l'opération, l'enfant a un aspect cadavérique, le pouls est à 140, filiforme : sérum, huile camphrée, caféine.

Pronostic très réservé : en réalité, nous ne pensons pas que l'enfant passe la journée.

Mais la mort à brève échéance que nous attendions n'est

pas venue; à notre grand étonnement, l'enfant vivait encore le lendemain.

Deux jours après l'opération, l'amélioration était assez sensible pour nous permettre de reprendre un espoir que les suites de l'opération sont venues confirmer : $T = 38^{\circ}$, Pouls à 110, trois jours après l'intervention, du pus s'écoule encore par des drains pendant quelques jours : nous les enlevons au sixième jour. La plaie opératoire s'est dès lors cicatrisée rapidement, la convalescence s'est effectuée dans de bonnes conditions.

Nous avons revu l'enfant après les grandes vacances, il avait très bonne mine, avait grandi et pris de l'embonpoint, mais il y avait une petite éventration.

Nous avons conseillé une deuxième intervention pour la faire disparaître, les parents s'y sont refusés.

OBSERVATION III (IN SOCIÉTÉ PÉDIATRIE : NAGEOTTE WILBOUCHEWITCH).

Il s'agit d'un garçon de vingt mois, élevé au biberon, il eut de la diarrhée pendant les premiers mois, tout en étant grand, gros et fort, plus tard il eut de temps à autre des troubles digestifs assez insolites : renvois, borborygmes, mauvaise haleine, un peu de fièvre, sans vomissements ni diarrhée, ni constipation. A la fin d'avril dernier, il eut un retour de ces accidents, mais cette fois avec 40° un jour, $38^{\circ}2$ le lendemain ; il ne paraissait pas souffrir du ventre spontanément ni à la palpation, et je ne trouvai pas d'appendicite tout en la cherchant ; ce qui m'y faisait penser, c'est que la mère de l'enfant avait été prise le même jour d'une crise d'appendicite non douteuse et que son frère aîné en avait une, chronique, non moins certaine.

Les accidents se passèrent en peu de jours, l'enfant ayant été mis à une diète assez sévère, avec suppression du lait

qui semblait mal digéré depuis quelques temps ; mais il ne reprit ni son appétit, ni sa belle mine habituelle.

Un mois plus tard, le 29 mai, il eut le matin un vomissement et dit qu'il avait mal en montrant l'épigastre et la région lombaire ; je le vis dans l'après-midi, j'explorai le ventre pendant l'expiration du cri, car il se débattait comme un beau diable et cette fois j'acquis la certitude que la douleur siégeait au niveau de l'appendice, il n'y avait d'ailleurs pas de défense musculaire.

Je fis appliquer de la glace sur le ventre et la fis maintenir durant quatre jours, jusqu'à ce que la température fut revenue à la normale ; elle n'avait d'ailleurs pas dépassé 37°6. Le lendemain le point de Mac-Burney était très peu sensible, le toucher ectal était négatif et Winchester du Bouchet qui examina le bébé, à ce moment trouva que le diagnostic eut été douteux en l'absence des antécédents. Il opéra l'enfant le 10 juin, douze jours après le début de la crise. Sous chloroforme, l'appendice induré fut nettement senti à travers la paroi ; à l'incision du péritoine il s'en écoula un peu d'exsudat limpide ; l'appendice fut trouvé congestionné, rempli de concrétions d'un bout à l'autre, contenant aussi quelques pépins de fraises (le petit en avait mangé quinze jours avant la dernière crise). L'examen histologique, fait par Jean Nageotte, montre que la muqueuse de l'appendice est enflammée, les glandes de l'extrémité cœcale contiennent du pus, quelques débris de muqueuse sphacélée se voient dans la lumière de l'appendice à côté des coprolithes ; il y a des amas de lymphocytes dans les lymphatiques dilatés du péritoine. Les suites de l'opération furent on ne peut plus simples et l'enfant est en parfait état actuellement.

OBSERVATION IV (IN JOURNAL DE MÉDECINE : PERRIN.)

XII. — Léa C..., 4 ans et demi.

Le 21 juin 1912, à 11 heures du soir, je suis appelé aux Enfants-Malades auprès d'une fillette de 4 ans et demi, née le 28 octobre 1907, Léa C... qui est atteinte d'appendicite. Nourrie au sein maternel jusqu'à 16 mois. elle a eu la rougeole compliquée de broncho-pneumonie, puis la coqueluche, puis des bronchites.

Elle était toujours constipée et n'allait jamais à la selle sans lavement et sans suppositoire. Il y a six semaines, le 5 mai 1912, l'enfant a eu des vomissements et de la céphalée, on a parlé d'indigestion, depuis elle a perdu l'appétit.

Il y a quinze jours, elle se plaint de beaucoup souffrir du ventre pendant une demi-heure, les douleurs cessent par l'application d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen.

Le jeudi matin, 20 juin, à 5 heures, l'enfant se réveille et a un vomissement bilieux abondant. Toute la journée elle est abattue, pâle, ne parle pas, elle vomit le lait qu'on lui donne ; la mère lui donne un lavement, ce qui amène une selle ; dans la nuit du jeudi au vendredi, un peu d'agitation.

Le vendredi matin, 21 juin, à 8 heures, elle accuse pour la première fois de violentes douleurs dans l'aîne droite, les douleurs augmentent dans la journée, l'enfant les localise alors au côté droit du ventre et souffre davantage dès qu'on la remue.

La mère lui donne dans la journée du thé léger, de la tisane et un demi verre de lait qu'elle ne vomit pas.

Dans la soirée, un confrère appelé conseille l'envoi de la malade à l'hôpital des Enfants-Malades.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Je suis frappé de l'état de pâleur et de lividité de la face ; les yeux sont cernés, les lèvres sèches, l'enfant est abattue, ne se plaint pas, le pouls est

à 160 mal frappé, la température est à 39°8. A la palpation de l'abdomen, résistance dans toute la moitié droite : l'épigastre et le flanc gauche sont assez souples. Au toucher rectal je sens une masse empâtée en avant et à droite du rectum.

OPÉRATION. — J'interviens aussitôt par une incision oblique au dedans de l'épine iliaque. Le péritoine incisé, il s'écoule un peu de liquide séreux ; le cœcum est libre d'adhérences en avant, je le récline en dedans ; dans cette manœuvre, je donne issue à une collection abondante de liquide séro-purulent, fétide, chargé de grumeaux blanchâtres. L'appendice est caché à la face postérieure du cœcum, avec l'index je l'amène sans trop de difficultés et le résèque au thermo-cautère.

J'explore le Douglas d'où j'évacue le pus. Je place deux drains sur le plancher pelvien, un troisième derrière le cœcum. L'appendice est volumineux, en massue, couvert de fausses membranes, à son extrémité libre sphacelé et perforé à sa partie moyenne.

Dès le second jour, après l'opération, l'amélioration de l'état général est très marquée ; au bout de 10 jours, les drains sont enlevés, la plaie se ferme rapidement, mais la convalescence a été entrecoupée de deux poussées de broncho-pneumonie avec température de 39° qui ont été soignées par les enveloppements humides, les injections d'huile camphrée et l'administration de la potion de Kodd.

L'enfant sort de l'hôpital le 3 août, sa plaie presque cicatrisée ; l'enfant reste pâle pendant longtemps. Il ne semble pas exister d'éventration.

OBSERVATION V (IN JOURNAL DE MÉDECINE : PERRIN.)

XI. — Roger N..., 20 mois.

Né le 27 septembre 1910. Il a été nourri au biberon,

puis aux farines lactées et aux œufs après le sevrage. En juillet 1911, entérite qui persiste un mois.

Il était très constipé depuis huit jours quand le dimanche 2 juin 1912, vers 9 heures du soir, brusquement il se plaint pour la première fois de souffrir du côté droit de l'abdomen. Il passe une nuit assez bonne, mais le lundi matin, il est grognon, demande à dormir et à midi refuse un lait de poule. Le lundi après-midi, à 3 heures, premier vomissement alimentaire, contenant un peu de bile ; un confrère appelé trouve un point légèrement sensible dans la fosse iliaque droite ; dans la soirée l'enfant a des nausées et de la fièvre.

Le mardi matin, 4 juin, la température est de 39°, la mère donne un lavement à l'enfant ; à 9 heures le confrère le voit, trouve la fosse iliaque droite plus douloureuse, fait mettre de la glace sur l'abdomen, donne une goutte de laudanum de Sydenham et ordonne la diète ; le soir, la température est de 40°5, aussi l'enfant est-il amené à l'hôpital à 7 heures du soir et on m'appelle d'urgence pour venir l'opérer.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Le facies est souffreteux, le teint plombé, les yeux cernés, la langue saburrale, le poulx à 168 petit, la température à 39°. L'enfant ne fait que crier, aussi m'est-il difficile d'examiner l'abdomen, de me rendre compte de sa souplesse et d'analyser la douleur. Cependant quand je palpe la fosse iliaque droite, les cris redoublent d'intensité, et il me semble percevoir un empâtement profond. Au toucher rectal je sens nettement à bout d'index une masse en avant et à droite.

En présence de la gravité de l'état général, j'interviens aussitôt.

OPÉRATION à 8 heures du soir, le 4 juin 1912. Incision parallèle à l'arcade crurale, à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le péritoine ouvert, il s'écoule un bon verre à Bordeaux de liquide séro-purulent. Le cœcum apparaît aussitôt avec l'appendice, tous deux libres d'adhérences, celui-ci est turgescent, presque aussi gros que le petit doigt, long de 4 centimètres et perforé, contenant un calcul stercoral. Ligature du méso, puis de l'appendice au catgut et résection au thermo. Avec l'index, j'explore le Douglas, je donne isuse à un liquide purulent, il en vient encore du côté interne, vers la ligne médiane ; je ne sens pas d'adhérences avec le doigt explorateur, il s'agit d'une péritonite en pleine diffusion. J'enfonce deux drains jusque sur le plancher pelvien ; je tamponne à la gaze entre les drains et les lèvres de l'incision sans faire de réunion de la paroi. L'enfant remis dans son lit, on lui fait du sérum et trois piqûres d'huile camphrée dans la nuit ; il est agité toute la nuit.

Le lendemain, l'enfant est encore agité, on supprime l'injection de sérum qui entretient certainement l'agitation et les cris de l'enfant, et on fait toujours les injections d'huile camphrée.

Dès le second jour après l'opération, il y a une amélioration marquée de l'état général, du pouls, de la température, du facies. Le cinquième jour, premier pansement, la plaie est en bon état ; l'enfant a une première selle après un lavement d'huile. Puis l'enfant va de mieux en mieux, les drains sont supprimés au bout de douze jours, l'enfant sort de l'hôpital au bout de dix-huit jours et le 15 juillet, c'est-à-dire un mois et demi après l'opération, la plaie opératoire est complètement cicatrisée ; j'ai revu l'enfant depuis, il ne présente pas d'éventration.

OBSERVATION VI (IN RAPPORT LAPEYRE :

CONGRÈS DE CHIRURGIE 1911.)

X. — Mlle B. B..., 13 ans.

Contracte la rougeole mai 1910.

Dès le début, phénomène du côté du bas-ventre. Au moment de la baisse de la température, élévation brusque, phénomènes péritonéaux graves, maximum douleurs à droite. Je suis appelé le 3 juin, au troisième jour par les Drs Maurel et Hermary.

Opération immédiate. Incision d'une collection de pus mal lié, d'odeur gangréneuse. L'état est très grave, en présence de la localisation très nette des accidents, l'appendice qui n'est pas trouvé n'est pas recherché. Drainage.

Injections électargol, sérum, etc. Au quatrième jour, alors que l'état est presque désespéré, amélioration brusque.

Au bout de quatre semaines la petite malade quitte la maison de santé en excellent état. Les drains ont été supprimés. La plaie est totalement guérie.

Le 13 juillet au soir, après un repas un peu abondant crise péritonéale brusque.

Douleurs, vomissements, arrêt des gaz. Facies péritonéal. Le 14 pas d'amélioration. Je crois le 14 au soir à une occlusion par bride appendiculaire, opération le 15 au matin.

Cœcum et anses grêles météorisées. Plaques fibrino-purulentes. Un peu de liquide louche. Pas d'adhérence, pas d'obstacle mécanique.

L'appendice est amputé, réduit à un moignon de 1 à 3 centimètres ouvert dans le ventre,

L'idée me vient d'utiliser le moignon ainsi créé au lieu de le lier.

Une sonde n° 18 est poussée à travers lui dans le cœcum, le moignon lui-même est extra-péritonéalisé, fixé à la peau.

Quelques gaz, un peu de matières s'échappent. Puis arrêt de la fonction évacuatrice. Lavages à plusieurs reprises de l'intestin.

Quelques gaz seulement sont obtenus pendant trente heures, tant l'intestin est paralysé. L'état est très grave.

Puis à la suite de nouveaux lavages, injections électrar-gol, sérum, etc., amélioration.

La bouche fonctionne abondamment, les gaz reparaissent par l'anus.

Selle au quatrième jour. Suppression de la sonde.

Depuis, guérison rapide.

L'appendice se sphacèle jusqu'au cœcum, d'où fistule, puis fistulette oblitérée seulement au bout de 5 mois.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE.)

Jeanne B..., 13 ans, Vincennes.

Grippe, il y a un mois.

Aucun autre antécédent antérieur.

Deux vomissements alimentaires pris par la famille pour une indigestion marquent le début de la maladie le 22 avril 1912.

D'abord soignée par ses parents, la fillette n'est vue par le médecin que le 24 au soir ; elle a eu dans la journée des vomissements bilieux ; la douleur au point de Mac Burney est très nette, le ventre est légèrement ballonné, le pouls est excellent et bien frappé à 85, la température rectale est de 37°3.

Traitement classique : opium à l'intérieur, application de vessie de glace sur le ventre.

La nuit du 24 au 25 est bonne : l'enfant dort d'un sommeil calme.

Le 25 à 9 heures du matin, la situation empire avec une rapidité foudroyante : un vomissement porracé, frisson violent, vives douleurs qui font crier l'enfant ; elles partent du flanc droit pour s'irradier dans tout l'abdomen ; la défense musculaire est très marquée, le facies mauvais, le pouls à 110, la température à 39°.

On décide l'intervention immédiate, mais en attendant l'arrivée du chirurgien, la crise douloureuse cesse brusquement, il y a une détente générale, une sorte de bien-être remarquable. La fillette sourit, parle; les parents ravis la croient guérie.

Le facies est excellent, la langue saburrale mais humide, odeur un peu fétide de l'haleine, ventre souple : le ballonnement a disparu.

Toutefois, on peut, par la pression profonde, réveiller la douleur au point de Mac Burney, et la paroi se contracte plus du côté droit que du côté gauche. De plus, la température est toujours élevée à 38°2 ; le pouls est à 110 tous les jours.

Le chirurgien et le médecin conseillent tout de même l'opération ; les parents la refusent.

La journée se passe dans ces conditions, mais la nuit est mauvaise, l'enfant se plaint d'une violente céphalalgie et de nouveau les douleurs abdominales, d'une intensité effroyable, font leur apparition.

L'opération refusée la veille est faite *in extremis* le lendemain matin.

A l'ouverture du péritoine pariétal, un flot de sérosité trouble jaillit au dehors.

On découvre l'appendice nageant au milieu de ce liquide : il est énorme, sphacelé en totalité et perforé en deux points par où s'écoule un liquide sanieux, horriblement fétide.

La cavité péritonéale est remplie de sérosité, mais nulle part, il y a traces de réaction ; il n'y a pas de pus véritable, ni de tendance à l'enkystement.

L'enfant est morte dans l'après-midi.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE).

Louise M..., 12 ans, entrée le 25 avril 1911.

Rien de particulier dans les antécédents. Début brusque

avant-hier mardi à 1 heure de l'après-midi par douleur dans le ventre et vomissements depuis et pendant deux jours les douleurs et les vomissements n'ont pas cessé.

Constipation. Une selle abondante hier sous l'influence d'un lavement donné à midi.

L'enfant entre à l'hôpital aujourd'hui jeudi 25 avril, à midi.

Etat général très mauvais; facies profondément altéré, yeux cernés et excavés, nez effilé et pincé, teint terreux, livide, conjonctives subictériques.

Température 39°8, pouls dépressible et misérable à 160.

Douleur généralisée à tout l'abdomen, à la palpation contraction de défense générale, ventre de bois et douloureux partout.

Intervention d'urgence pratiquée exactement 48 heures après le début des accidents.

Incision classique dans la fosse iliaque droite, œdème sous-séreux, boutonnières péritonéales, il s'écoule une faible quantité de sérosité louche d'odeur intestinale.

On va à la recherche de l'appendice que l'on trouve difficilement en position retro-cœcale, il est gangrené sur toute son étendue. Ligature à la base et résection, thermo-cautérisation.

Drainage : un drain dans la fosse iliaque, un drain dans le douglas, trois mèches.

Sérum : huile camphrée.

Mort le 26 avril,

OBSERVATION IX (PERSONNELLE).

II. — Pierre C., 8 ans,

Entré le 20 avril 1912, opéré en pleine péritonite le quatrième jour par M. Chifoliau.

Rien de particulier dans les antécédents.

Le mercredi 17 avril, à 4 heures de l'après-midi, l'enfant reçoit un coup de pied dans le ventre.

Le même jour, à 9 heures du soir, il éprouve dans le ventre de violentes douleurs, puis reste agité sans dormir jusqu'à 2 heures du matin où il se met à vomir. Ces vomissements sont d'abord alimentaires et se continuent pendant toute la nuit. L'enfant souffre et se plaint.

Pendant la journée du jeudi l'état s'aggrave, l'enfant ne cesse de gémir et se plaint de son ventre. Les vomissements sont devenus bilieux ; le jeudi soir un médecin appelé prescrit des applications chaudes sur le ventre.

La nuit de jeudi à vendredi est mauvaise, douleurs et vomissements persistent, enfant agité ; se plaint toujours et ne dort pas.

La constipation est absolue. Le vendredi, glace sur le ventre, immobilisation, l'état ne s'améliorant pas l'enfant est conduit à l'hôpital.

A l'examen nous trouvons un facies angoissé, les traits sont tirés, les yeux légèrement excavés et cernés, les conjonctives subictériques.

L'enfant se plaint de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite.

La palpation de l'abdomen, qui n'est pas ballonné, est douloureuse partout, un peu plus à droite cependant. Les muscles de la paroi se contractent sous la main, surtout du côté droit : en palpant doucement on arrive à déprimer l'abdomen assez franchement à gauche, plus difficilement à droite, cette manœuvre est douloureuse et arrache des plaintes incessantes.

Au toucher rectal on ne sent pas de rétention mais cette exploration réveille et exaspère les douleurs dans la fosse iliaque droite.

La température est à 38°6. Le pouls fort et bien frappé 96.

Rien au poumon.

L'opération se fait le jour même de l'entrée à l'hôpital. Suites normales; au bout de quelques jours on retire les drains et les mèches qu'on avait laissés à demeure. Après quelques oscillations ne dépassant pas 38°, la température revient à la normale et l'enfant sort guéri le 26 mai suivant.

OBSERVATION X (PERSONNELLE).

III. — Marie G..., 11 ans, entrée le 25 avril 1912.

Comme antécédents : une crise d'appendicite cet hiver au mois de janvier.

La crise actuelle a débuté par des vomissements et douleurs dans le ventre dans la nuit de mercredi à jeudi.

Température 39°.

L'enfant est conduit à l'hôpital jeudi à midi, état général bon, facies normal, température 39°4. Pouls rapide 120, mais bien frappé.

Abdomen souple à gauche, défense et douleur du côté droit. Glace et immobilisation.

L'après-midi état général meilleur, température 38°4 pouls 110.

Le lendemain matin :

Température est descendue 37°8, l'état général est bon mais douleurs et défense plus vives dans la fosse iliaque droite.

Au toucher rectal, perte de souplesse et douleur en arrière et à droite, pas de gonflement appréciable.

Le pouls est à 116, il est remarquablement petit. L'intervention est décidée.

Sous chloroforme, incision classique de Mac Burney.

Pas de pus ni de sérosité.

Appendice rempli de pus verdâtre surgescent à parois aminciés en imminence de perforation.

On en pratique l'ablation en l'incisant complètement sans qu'il prenne le moindre contact avec la plaie.

L'appendice ouvert donne issue à une cuillerée de purée verdâtre crémeuse.

Les parois sont très amincies.

Sérum, huile camphrée.

A 3 heures de l'après midi l'état est meilleur le poulx encore petit est cependant mieux frappé.

Le lendemain matin grande amélioration poulx plein et bien frappé un peu de subictère des conjonctives.

Urines troubles, pas d'albumine.

Sortie guérie le 2 juin 1912.

OBSERVATION XI (PERSONNELLE).

Etienne M..., 12 ans, Fontenay-sous-Bois.

Rien dans les antécédents.

Une rougeole à 5 ans ; a été élevé au biberon.

Pas de crise d'appendicite antérieure.

La crise actuelle a débuté avant-hier 21 janvier 1913 par de violentes coliques et des douleurs dans la fosse iliaque droite. D'abord alimentaires, elles deviennent rapidement bilieuses, se répètent dans la nuit et durent jusqu'au lendemain.

Le médecin appelé envoie l'enfant à l'hôpital où il arrive dans la nuit du 22 janvier.

23 janvier, Pouls 115, Température = 38°3.

Le facies est pincé, les lèvres légèrement cyanosées. La langue est sèche.

L'état général paraît très sérieux.

A l'examen, un peu de ballonnement.

La palpation exacerbe les douleurs dans l'abdomen, mais sont plus marquées à droite.

L'opération est pratiquée le matin même.

On trouve du pus en petite quantité, libre, les adhérences que nous avons trouvées ne suffisent pas à la cloisonner : il y a une rougeur diffuse de l'intestin.

L'appendice est retro-cœcal, légèrement agglutiné au cœcum.

Entre l'épiploon et l'intestin, une lame de pus crémeux.

L'appendice est altéré, il est sphacèle à son tiers moyen et un peu au-dessus de la plaque gangrèneuse on trouve un petit pertuis.

La cavité appendiculaire est occupée par une parcelle de bol fécal qui fait tampon hermétique.

Dans la première semaine qui suit l'opération, T se maintient entre 36° et 37°8; avec un examen le soir, le pouls oscille autour de 90 à 100.

Les deux premiers jours se passent dans une très grande réserve pour le pronostic : mais dès le troisième jour on se rend compte que l'enfant va se rétablir.

Une légère poussée thermique au sixième jour cède rapidement à un petit lavement glycéринé.

OBSERVATION XII (IN THÈSE HENRI BLAIS).

Louis S..., 9 ans.

Aucun antécédent, les parents sont bien portants, trois frères sont bien portants, lui-même n'a jamais été malade jusqu'à présent.

C'est mercredi dernier 7 février, c'est-à-dire il y a trois jours qu'il a commencé à ressentir mal à l'estomac et au ventre ; les douleurs ont été paraît-il très vives.

Dès ce moment, s'établit une constipation absolue qui persiste jusqu'à son entrée dans le service. A aucun moment, il n'y a eu de vomissements, de quelque nature que ce soit.

Fait exceptionnel, on ne lui a administré ni purgatifs, ni lavements ; par contre on lui a donné quelques aliments.

Devant la persistance des douleurs les parents se décident à nous l'amener le 10 février dans l'après-midi.

10 février. — Le malade examiné à la contre visite, présente une température de 38°7, le pouls est à 124, mais il est régulier et bien frappé, la langue est humide, le facies pas trop mauvais.

Localement malgré la contracture, on sent nettement, un plastron avec douleur modérée à l'examen de la fosse iliaque droite ; elle y reste d'ailleurs cantonnée, ne s'étend point à gauche où la paroi n'est nullement contracturée.

En somme l'examen indique qu'il s'agit tout à fait d'un cas à refroidir et pas un instant on ne songe à intervenir.

Glace, diète.

11 février. — Ce matin, changement complet et stupéfiant ; le malade est profondément intoxiqué ; le pouls ultra rapide et incomptable est plus irrégulier et filant pendant que la température a fait une chute à 37°6.

La figure est pincée, les yeux cernés, le nez froid, les extrémités glacées ; la langue cependant n'est pas sèche.

Le facies présente un cachet péritonéal accentué de mauvais augure, l'état général est grave on a la sensation que le malade est perdu.

Avant d'intervenir, on tâche de le remonter avec de la caféine, de l'éther, 500 grammes de sérum.

OPÉRATION. — Incision de Roux. On tombe d'emblée sur l'appendice gros, sphacelé, à découvert en avant, avec en dedans de lui l'épiploon épaissi, tassé, mais non adhérent. Il semble tout indiqué de l'enlever ; en cherchant à le faire, on constate qu'il est adhérent quelque peu en arrière à la paroi et peut-être un peu plus en dehors du cœcum.

Pendant l'ablation il sort un demi verre à liqueur de pus

fétide. L'appendice enlevé présente du sphacèle visqueux vers son extrémité.

Drainage, pansement, sérum, caféine, éther.

A la contre visite, le malade a 40°, son pouls est incomptable, il a toute sa connaissance, mais il est au plus mal.

Mort à minuit.

OBSERVATION XIII (IN THÈSE HENRI BLAIS.)

Camille B..., 9 ans, entré à Trousseau nuit du 19 au 20 février 1906.

Dans les antécédents on relève une varicelle et des rhumes successifs et prolongés. Les parents et son frère sont bien portants.

L'enfant est malade depuis samedi, c'est-à-dire depuis quatre jours. Ce jour, l'enfant a ressenti des douleurs très violentes dans le ventre qui ont redoublé d'intensité avant-hier et hier dans la journée.

Vomissements et constipation.

A son entrée il a 38°9, il est vu par un interne en chirurgie qui ne pense pas qu'il doive être opéré.

20 février 1906. — Le matin le pouls est à 112, irrégulier et peu fort, le facies est légèrement pincé et terreux, la langue humide, le thermomètre marque 37°6.

M. Rieffel décide d'intervenir immédiatement.

Incision de la paroi et du péritoine, la grande cavité n'est pas protégée ; il n'y a pour ainsi dire pas d'adhérences autour de l'appendice qu'on trouve facilement. Il est long, gros, congestionné, surtout dans sa portion centrale ; dans sa portion périphérique il est sphacelé et plonge dans du pus dont la quantité peut être évaluée à deux verres à liqueur.

Ablation, drainage, sérum.

L'ouverture de l'appendice suivant sa longueur montre qu'il peut être divisé presque transversalement en deux moitiés : l'une centrale, simplement congestionnée, l'autre périphérique sphacelée. Cependant en aucun point il n'y a de perforation complète, la muqueuse restant partout non perforée, bien que extérieurement on ait pu croire à l'existence d'une perforation complète.

21 février. — La température montée, hier soir, à 38°4 est descendue ce matin de deux dixièmes, 38°2; le pouls est à 120 à peu près régulier. L'état de l'enfant n'est pas encore très bon.

Sérum. Pansement; il est assez souillé et la plaie n'a pas trop mauvais aspect.

Le soir, température 38°2.

22 février. — Le pouls se maintient à 120, la température est tombée à 37°6; cette espèce de dissociation jointe au peu de rapidité du relèvement de l'état général inspire quelque inquiétude.

Pansement, sérum. Température du soir : 37°8.

23 février. — Ce matin, pour la première fois, on a la sensation que l'enfant est hors d'affaire. La température et le pouls ont suivi une descente parallèle; la première est à 37°1, le pouls régulier et bien frappé est à 100.

24 février et jours suivants. — La température à 37°6 le 24 février au matin, se maintient à 37°4 pendant quatre jours, atteint ensuite 37° et oscille autour de ce niveau jusqu'à la sortie.

L'enfant se rétablit rapidement et sort guéri le 1^{er} avril 1906.

OBSERVATION XIV

VI. — BROCA. (IN BULLETIN MÉDICAL 28 FÉVRIER 1898.)

Ici la mort a été due à un retard qui dépend en partie de

moi. Il s'agit d'un garçon malade depuis quinze jours, purgé et repurgé, sur lequel, en ville, M. Comby appelé en consultation n'avait pas cru devoir admettre l'appendicite, malgré l'avis, tardif d'ailleurs, du médecin de la famille, et lorsque en présence d'accidents graves de péritonite, l'enfant fut apporté à l'hôpital, je me trouvais fort embarrassé. L'histoire du début manquait, en effet, de netteté et, d'autre part, le ventre était uniformément ballonné, sonore et douloureux ; pas d'empâtement pelvien au toucher ; le pouls n'était pas trop mauvais quoique très fréquent, et je restai dans le doute les 14 et 15 décembre ; enfin le 16, comme la mort à brève échéance me paraissait inévitable, et comme la défense musculaire était un peu plus accentuée à droite de l'abdomen, j'incisai dans la fosse iliaque et trouvai du pus.

L'opéré succomba le 18 décembre, et il est incontestable que j'ai eu tort d'attendre quarante-huit heures de plus ; il est presque certain que le jour de l'entrée, la péritonite était déjà diffuse et que sur quinze jours de retard, je dois en prendre deux à mon passif, alors que les symptômes indiquaient, en cas d'appendicite, une opération sans doute désespérée, mais urgente.

Par la pression, la percussion, la palpation, je ne trouvais, il est vrai aucun foyer, mais j'aurais dû partir de ce principe que dans le sexe masculin, toute péritonite, abstraction faite de la rare péritonite à pneumocoques, relève d'une appendicite et exige la laparatomie, également indiquée pour la péritonite à pneumocoques.

OBSERVATION XV. (PERSONNELLE.)

Armandine J..., 10 ans, entrée le 27 mai 1912.

ANTÉCÉDENTS : Enfant normalement constituée, une crise aiguë l'année dernière qui a duré deux jours.

La crise actuelle a commencé jeudi matin 23 mai à 7 heures soir, par des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Bientôt l'enfant se met à vomir d'abord des aliments, puis un liquide jaune verdâtre.

La mère lui donne un purgatif, les accidents ne se calment pas mais au contraire, douleurs et vomissements persistent d'une manière incessante.

Un médecin est appelé vendredi, qui prescrit un nouveau purgatif, lequel a pour effet de déterminer douze selles liquides et verdâtres.

Mais il n'y a aucune sédation dans les phénomènes douloureux ; d'autre part l'état général s'aggrave rapidement alors le diagnostic est posé de colique appendiculaire (?) et la malade conduite à Trousseau lundi 27 mai, à 11 heures.

D'emblée nous sommes frappés par la gravité de l'état général : altération des traits, enfoncement des yeux. Température 39°, pouls à 130 petit et sans tension. Spontanément la malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite tout autour du point de Mac Burney.

A la palpation à ce niveau la douleur est réveillée violente en même temps que les muscles de la paroi se contractent violemment.

Du côté gauche, le ventre reste souple, mais dans son ensemble il est légèrement ballonné ; rien de spécial au toucher rectal.

On pose le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite, et l'intervention d'urgence est pratiquée par M. Savariaud.

A l'incision du péritoine, pus verdâtre et fétide dans l'abdomen.

Appendice gangrené et perforé à sa pointe ; cœcum épais et entouré de fausses membranes.

L'exploration montre des lésions de péritonite généralisée nécessitant plusieurs contre-ouvertures.

On draine largement.

Pansement, sérum, huile camphrée.

L'après-midi et la nuit sont bonnes. Le facies est bon, pas de vomissements, la constipation persiste.

Pouls à 120 mais petit. Température 38°.

Pansement, suppuration peu abondante.

L'état de l'enfant s'améliore de jour en jour et elle sort guérie le 27 juin.

OBSERVATION XVI (PERSONNELLE)

IV. — Louis B..., 13 ans, entré le 31 janvier 1911.

Appendicite opérée à chaud au bout de 48 heures. Péritonite généralisée.

L'enfant, lundi matin à 7 heures, fut pris de coliques généralisées à tout l'abdomen. Lundi il put cependant aller en classe, reçoit un coup de pied dans le ventre en jouant.

La nuit de lundi à mardi fut mauvaise et le malade ne dormit pas de la nuit.

Mardi matin violente douleur au point de Mac Burney, abondant vomissement verdâtre.

Le malade est à la diète depuis le début, n'a jamais été purgé, n'a jamais été constipé.

L'enfant a été envoyé à l'hôpital le mardi soir à 8 heures.

A l'examen : état général très bon, langue un peu saburrale humide, l'abdomen n'est pas rétracté, néanmoins douleurs vives à la pression avec maximum à droite. C'est d'ailleurs le seul signe de réaction péritonéale.

Pouls 108. Température 37°4.

L'intervention ne semble pas urgente, glace sur le ventre

Mercredi 1^{er} février, état général : enfant légèrement abattu, facies pâle mais péritonéal, langue sèche et saburrale.

Pouls 112. Température 38°.

Abdomen rétracté, « ventre de bois », le toucher rectal ne donne rien de particulier.

L'opération est décidée.

A l'ouverture de l'abdomen léger œdème sous-péritonéal, on recueille environ un verre à boire de bouillon sale, purulent. La péritonite est généralisée. L'intestin est en partie recouvert par l'épiploon. Il y a du pus de tous les côtés.

L'appendice énorme encapuchonné dans l'épiploon est reséqué. Il présente au niveau d'un renflement du volume du doigt, une coloration noirâtre. Incisée sur toute sa longueur la muqueuse a une coloration sépia. L'appendice contient un très gros calcul de forme arrondie et présente une petite perforation.

Le Douglas est asséché et drainé avec un drain Goldmann.

Pansement très léger pour faciliter le drainage.

Position de Fowler.

2 février a passé une bonne nuit; facies bon, pouls 100, température 37°8.

Pansement déjà sec sauf la partie centrale imbibée de sérosités sanguinolentes.

Huile camphrée, sérum.

Les jours suivants la température revient peu à peu à la normale et l'enfant sort guéri le 1^{er} mars.

Arrivé à la fin de cette longue étude qui a porté aussi bien sur les symptômes et le diagnostic de la maladie que sur les différents modes de traitement que l'on a préconiser, qu'il nous soit permis de résumer en une vue d'ensemble les idées générales qui nous ont guidé dans la discussion d'un problème qui nous tient au cœur de tant de manières.

Tout le monde s'accorde à constater la très grande fréquence de l'appendicite chez l'enfant même dans les premières années.

Nous savons tous qu'elle peut tenir à des causes multiples et tout particulièrement aux maladies infectieuses, aux troubles intestinaux antérieurs, aux corps étrangers de l'appendice, aux traumatismes.

Maladie grave en elle-même, il semble qu'elle le soit encore davantage chez l'enfant, car elle présente chez lui une évolution rapide et extrêmement grave vers le suppuration et la gangrène.

Le diagnostic est souvent difficile, mais il est de toute nécessité de l'établir d'une façon précoce. En cas de doute nous devons en faire bénéficier très largement l'appendicite.

La maladie une fois déclarée, nous n'avons aucun moyen pratique et certain de reconnaître si la crise appendiculaire va évoluer d'elle-même vers la guérison ou la péritonite.

Le traitement médical n'est pas un traitement curatif, il est au plus un traitement palliatif, il ne peut qu'ajourner la solution, il ne résout rien.

Toute appendicite franche doit être opérée, mais l'opération à froid nous fait courir tous les risques de la tempérisation, l'opération à chaud faite tardivement n'est qu'un pis aller. Ce n'est plus à vrai dire une opération que l'on tente, c'est une chance que l'on court.

Seule l'opération précoce faite aussi près que possible du début de la crise nous met à l'abri du danger pressant

et de toutes les complications, souvent mortelles, qui nous menacent et qui sont dans bien des cas au-dessus des ressources de l'art chirurgical.

Ce n'est pas une opération grave, elle est essentiellement bénigne, si on a le soin de la faire avant le développement de la péritonite, ou tout au moins quand l'inflammation est encore limitée au voisinage du cœcum, les résultats en sont alors excellents comme le montrent toutes les statistiques.

Cette opération précoce devra être rapide pour limiter au minimum les manœuvres intra-péritonéales, ne pas traumatiser l'intestin et laisser le péritoine se défendre par les moyens naturels qui sont en son pouvoir.

Plus de grands lavages, plus de brassages de l'intestin, il faut avant tout supprimer la cause de l'intoxication, enlever l'appendice.

Il sera prudent de mettre les malades en position de Fowler pour favoriser la localisation du cas d'infection péritonéale. Plus on opérera tôt moins on aura à craindre cette généralisation de l'intoxication.

L'infection et la résorption péritonéale peuvent être combattues par les lavages d'estomac et les irrigations continues de l'intestin données goutte à goutte d'après la méthode de Murphy.

Les moyens médicaux, les injections de liquides phagocytaires ou anti-toxiques viendront compléter heureusement le traitement.

Et nous pourrons ainsi, par tous les moyens combinés, améliorer dans de notables proportions les statistiques encore trop décevantes d'une des maladies les plus meurtrières.

CONCLUSIONS

Les considérations précédentes nous amènent à une conclusion toute naturelle. Nous la résumerons ainsi :

1^o La gravité de l'appendicite chez l'enfant, son évolution rapide vers les complications mortelles exigent un traitement qui ne soit pas simplement un traitement palliatif.

2^o Seule, l'opération précoce nous paraît être le traitement vraiment opportun : faite aussi près que possible du début de la crise, elle nous permet de mettre l'enfant à l'abri du danger.

3^o Avant d'être appliqué, ce traitement demande un diagnostic précoce. Mais en cas de doute, pour éviter à l'enfant une erreur ou une temporisation qui pourraient lui être funeste, nous devons l'opérer comme si notre diagnostic était certain.

Vu : POZZI.

15 octobre 1913.

E. GIRARDOT.

BIBLIOGRAPHIE

- Albrecht.** — Presse médicale, 9 décembre 1905.
- Annales de l'Institut Pasteur**, 1904.
- Arch. F. Klin thir.** — Berlin 1910. T. XCIV.
- Arnaud.** — Thèse Lyon, 1911.
- Aumont.** — De l'appendicite cholériforme et de la diarrhée dans l'appendicite :
Thèse 1905-1906, n° 467.
- Bogard.** — Appendicitis in Children.
Long Island M. J. Journal Brooklyn, 1909, III.
- Brun.** — Appendicite in traité des maladies de l'enfance.
Juillet 1897, T. III.
- Baumgartner.** — Traitement des péritonites aiguës généralisées et à abcès multiples :
Th. Paris 1909-1910, n° 362.
- Brown.** — Appendicitis in Children.
Détroit M. J. 1909.
- Barillet.** — De quelques erreurs de diagnostic dans l'appendicite chez l'enfant, 1907 (Thèse).
- Blais.** — Contribution à l'étude des formes graves de l'appendicite
- Breton.** — Revue des maladies de l'enfance. Mai 1900.
- Broca.** — Collection des actualités médicales :
Leçons Cliniques de Chirurgie infantile ;
Bulletin médical, 28 février 1900 ;
Tribune médicale, n° 19, 1906 ;
Discussion sur l'appendicalgie ;
Société Chirurgie, 1904.
- Comby.** — Faut-il enlever l'appendice sain :
Arch. méd. enfants, Paris 1910, XIII, p. 455-458.
Traité des maladies des enfants.
- Comby.** — Entérite et appendicite chez l'enfant.
Bulletin médical, 18 juillet 1906.
- Courtois-Suffit.** — in Charcot-Bouchard, 1900. T. IV.
- Cazin.** — De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. (Congrès Chirurgie, 1908).
Des Indications opératoires fournies par l'examen du sang de l'appendicite à chaud. (Congrès Chirurgie, 1902).

- Clapeyron.** — Contribution à l'étude des péritonites généralisées d'origine appendiculaire.
Th. Paris 1904-1905, n° 341.
- Discussions** à la Société de Chirurgie, à la Société Médicale des Hôpitaux, à l'Académie de Médecine.
- Dieulafoy.** — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898 :
Bull. Acad. Médecine, 1896 ;
Pathologie interne.
- Delbet (O.).** — Pathogénie et traitement de l'appendicite.
(Arch. gén. méd. mars 1897).
- Dubar et Rémy.** — Journal de Physiologie et d'Anatomie, 1892.
- Durham.** — The mechanism of reaction to peritoneal infection (the Journal of pathology and bacteriology, 1897).
- Depage.** — Traitement de la péritonite diffuse d'origine appendiculaire, 1911. (Congrès Chirurgie).
Opération prévue de l'appendicite.
- David.** — Appendicitis in Children (Arch. of Pediatrics N. V. 1910), XXVII.
- Dervaux.** — Point de côté abdominal et péritonite chez l'enfant : appendicite supprimée : diagnostic différentiel.
(Journal des sciences médicales de Lille, 1906, T. II.)
- Forgue.** — Pathologie externe. T. II.
- Fabre.** — Physiologie pathologique de l'épiploon (Th. Paris, 1908, n° 344).
- Fowler.** — Medical Record, 1900. T. I.
Medical News, 28 mai 1904.
New-York, med. J. 1907. T. VII.
- Gyr.** — Contribution à l'étude clinique de l'appendicite chez les enfants en bas âge. (Th. Lausanne, 1903).
- Gulnard.** — in Delbet. Le Dentu. T. VII.
- Gaillard.** — in Charcot-Bouchard. T. IV.
- Günkel.** — Zur Grühoperation bei Epityphitis.
(Munchen med. Wochenschr. 1906).
- Mlle Gordon.** — L'appendicite chez l'enfant. Th. 1876.
- Gazette Hôpitaux.** — 1908, n° 195.
- Howlands.** — Two cases of appendicitis in young Children (Arch. of Pediatrics, mai 1904).
- Hartmann.** — Rapport sur traitement des péritonites aiguës (Congrès Chirurgie, 1911).
- Jacob.** — Contribution à l'étude de l'appendicite 1893.
- Jalaguier.** — in Traité Chir. Reclus, 2^e éd. T. VI.
- Kirmisson.** — Précis de Chirurgie infantile :
Du traitement des péritonites appendiculaires généralisées (Congrès Chirurgie, Paris 1911) ;

- L'appendicite chez les enfants.
(Revue Générale de chirurgie et de thérapeutique, Paris 1904, T. XVIII, p. 149-151).
- Kirmisson et Guimhélott.** — De l'appendicite chez le nourrisson
(Rev. de Chir., 10 oct. 1906).
- Lancet.** — La température et le pouls dans les appendicites aiguës
(Th. 1906).
- Lejars.** — Chirurgie d'urgence, 1904.
- Lafon.** — Traitement de la péritonite aiguë généralisée par la méthode de Murphy.
(Th. Paris 1910-1911, n° 454).
- Legueu.** — De l'appendicite (monographie).
- Lecène.** — Rapport du traitement des péritonites aiguës (Congrès Chirurgie, 1911).
- Lerat.** — Traitement des péritonites aiguës généralisées et à abcès multiples d'origine appendiculaire.
(Th. Paris 1909-1910, n° 362).
- Lyon Chirurgical.** — Déc. 1910 et janvier 1911.
- Melier.** — Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice cœcal.
(Jour. de méd. chir. et Pharin. 1877, p. 377).
- Monod et Vanverts.** — L'appendicite (monographie 1897).
- Maucilaire.** — Société de Pédiatrie, 15 mars 1904.
- Maskowickz.** — Vie früh diagnose de Perityphilitis.
(Wiew méd. Wochenschr 1907).
- Murphy.** — Proctoclysis in the treatment of Peritonitis.
(Journ. of the American association Chicago, 17 avril 1909).
- Marc Roussiel.** — Contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique du péritoine.
- Marfan.** — Société médicale des Hôpitaux, 1903, 3, XXI.
- Mahar.** — Traitement de l'appendicite aigue. (Th.).
- Mme Nageotte.** — Wilbouchewitch. Deux cas d'appendicite chez les jeunes enfants.
(Bull. Soc. Pédiatrie Paris 1910, T. XII).
- Nobécourt.** — Précis de médecine infantile, 1906.
- Perrin.** — Bulletin et Mémoires de la Société médicale de l'Elysée, 7 octobre 1912.
De l'appendicite dans le tout jeune âge (Journal méd., Paris 1912, n° 48).
- Potherat.** — Traitement des péritonites aiguës (Congrès Chirurgie, Paris 1911).
- Raillet.** — Les vers intestinaux dans la pathologie infantile.
(Th. Paris 1911).
- Renon.** — De l'intoxication dans l'appendicite.
(Bull. Méd. 1898).

- Reclus.** — Traitement de l'appendicite.
(Acad. de Méd. 7 février 1899).
- Rev. Chirurgie.** — Discussion sur la typho-colite muco-membraneuse et l'appendicite. (Acad. Méd. 1906, 3 juillet). T. XV et T. XLI.
- Ragainé.** — Appendicites vermineuse, 1905.
- Raginsky.** — Contribution à l'étude du trichocéphale, son rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, de l'appendicite, de l'anémie. 1906.
- Roger.** — Rôle protecteur du grand épiploon. (Soc. biologie, 1898. 9 février).
- Robin.** — Le traitement médical en appendicite, 1907.
- Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly.**
- Ricard.** — Pathologie Externe, T. III.
(Gaz. des Hôpitaux, 1891).
- Savariaud.** — Discussion à la Société de Chirurgie 1913.
Clinique infantile, 15 avril 1912.
Clinique infantile, 1^{er} mai 1913.
Discussion sur les péritonites aiguës (Congrès Chirurgie, Paris 1911).
- Ségon.** — Journ. de Méd. Interne, 10 septembre 1909.
Discussion à la Société de Chirurgie, 15 février 1899.
- Sonnenhurg.** — Congrès Chirurgie, Paris 1911.
- Siron.** — De l'intervention prévue dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire. (Th. 1898).
- Talamon.** — Appendicite et pentyphite, 1892.
- Triboulet.** — Arch. de Méd. des enfants, 1898.
- Walther.** — Journal de Méd. Int., 20 septembre 1907.
Rapport sur le traitement opératoire prévu de l'appendicite (Congrès de Budapesth, 1709).
- Villemin.** — Du drainage lombaire dans la péritonite d'origine appendiculaire chez l'enfant.
(Bull. et Mémoires. Soc. Chir. Paris 1906).
- Weil, Nové, Josseran.** — Symptômes et pronostic de l'appendicite chez l'enfant.
(Chirurgie de Paris, 1910).
- Weiss et Février.** — Sur quelques cas d'appendicite.
(Rev. Chir., juillet 1898).

